

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



CRENÇAS DE EFICÁCIA NOS PAPÉIS DE CARREIRA,
VALORES DE VIDA E PRÁTICA DE SUPERVISÃO DE
ENSINOS CLÍNICOS, EM ENFERMEIROS

Tânia das Dores Estrela Gago

Mestrado em Ciências da Educação
Área de Especialização em Psicologia da Educação

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO



CRENÇAS DE EFICÁCIA NOS PAPÉIS DE CARREIRA,
VALORES DE VIDA E PRÁTICA DE SUPERVISÃO DE
ENSINOS CLÍNICOS, EM ENFERMEIROS

Tânia das Dores Estrela Gago

Mestrado em Ciências da Educação

Área de Especialização em Psicologia da Educação – Aprendizagem e
Desenvolvimento no Adulto e no Idoso

Dissertação orientada pela Professora Doutora Maria Odília Teixeira

AGRADECIMENTOS

Para que a realização deste trabalho fosse possível beneficiei da colaboração e dedicação de diversas pessoas, a quem estimaria expressar o meu agradecimento e reconhecimento.

Gostaria de me referir especialmente à Professora Doutora Maria Odília Teixeira, por aceitar a orientação desta dissertação partilhando, no percurso, as muitas dúvidas, incertezas surgidas e ajudando a superá-las com inexcedível sabedoria, colaboração, disponibilidade, rigor e saber científico.

Agradeço aos meus colegas, enfermeiros, pela ajuda proporcionada, especialmente nas aplicações dos instrumentos e pelo apoio incondicional que sempre me disponibilizaram.

Merecem igualmente uma palavra especial de reconhecimento os participantes na investigação, que generosamente ofereceram o seu tempo e contribuíram, assim, para que a realização do trabalho fosse possível.

A todos os amigos, sempre presentes, que transmitiram a força e a motivação necessárias nos momentos mais difíceis.

O meu especial agradecimento à minha família, pela generosidade como transmitiram sabiamente, em todos os momentos, que na vida nunca se desiste dos projectos e sonhos ainda que para isso seja necessário prescindir de muitas coisas.

A todos, o meu muito obrigado, pela dedicação que tornou possível a projecção deste trabalho, mesmo que individualmente assinado, ele é o efeito de uma diversa associação de circunstâncias e, especialmente, de pessoas significativas.

RESUMO

Num quadro teórico sócio-cognitivo e desenvolvimentista, a presente investigação tem como objectivo explorar as crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira, os valores de vida e as componentes da supervisão clínica, numa amostra de enfermeiros (N= 150), com actividade profissional em três instituições hospitalares. Quanto aos procedimentos metodológicos, foram desenvolvidos o Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem e o Questionário de dados pessoais e também utilizados os Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros e a Escala de Valores WIS (2ªEd.).

Os resultados evidenciaram índices de precisão e de validade satisfatórios para as medidas usadas. Do conjunto, destacam-se os resultados dos enfermeiros mais velhos, com formação pós-graduada e com experiência de supervisão que manifestam uma maior intensidade na Componente Técnica da supervisão, expressam crenças de auto-eficácia mais intensas no Papel de Estudante e de Trabalhador e demonstram maior importância nos valores Realização, Promoção, Estético, Autoridade. Por outro lado, os enfermeiros mais novos e sem experiência de supervisão apresentam crenças de auto-eficácia mais elevadas no Papel de Tempos Livres; os enfermeiros solteiros evidenciam maior importância nos valores de Estilo de Vida, de Actividade Física e de Relações Sociais, enquanto os casados apresentam crenças de auto-eficácia superiores no Papel de Casa e Família. As mulheres manifestam maior importância nos valores de Altruísmo e Estético, enquanto os homens valorizam mais a Actividade Física. Contudo, homens e mulheres manifestam um nível semelhante nas suas crenças enquanto trabalhadores e nos seus valores relacionados com a realização.

Numa visão da qualidade da prática de enfermagem, o carácter sistemático dos resultados é significativo no sentido de compreender as motivações individuais e de, no contexto da formação, criar possibilidades para promover o bem-estar pessoal e institucional.

Palavras-chave: auto-eficácia, papéis de vida, valores de vida, supervisão de ensinos clínicos.

ABSTRACT

In a social-cognitive and development framework, this study explore the self-efficacy beliefs in the career roles, life values and the components of the clinical supervision, in a sample of nurses (N=150), currently working in three hospital units. As for the methodological procedures, we developed the Inventory of Self-evaluation about the Supervision in Nursing Clinical Education and a personal data Questionnaire, and also used the Inventory of Self-efficacy Beliefs in the Nurses Career Roles and WIS values Scale (2^aEd.).

The results evidenced satisfactory indices of reliability and validity for the used measures. The set of the data tends to evidence the oldest nurses, with postgraduate formation and with experience of supervision reveals a higher intensity in the Component Technical of the supervision, express stronger beliefs of self-efficacy in the Student and Worker Role and also manifest more importance to the Accomplishment, Promotion, Aesthetic and Authority values. On the other hand, the youngest nurses and inexperienced of supervision present stronger self-efficacy in Free Times role; the single nurses evidence higher importance to the Lifestyle, Physical Activity and Social Relationships values, while the married ones present superior beliefs of self-efficacy in House and Family role. The women manifest stronger importance to the Altruism and Aesthetic values and the men give more importance Physical Activity value. However, men and women manifest a similar level in their beliefs while workers and in their values related with the accomplishment.

In a vision of the quality of the nursing practice, the systematic condition of the results is significant in the sense of understanding the individual motivations and of, in the context of the formation, to create possibilities to promote the personal and institutional well-being.

Key words: Self-efficacy, Life roles, Life values, Supervision in nursing clinical education.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I – FORMAÇÃO E SUPERVISÃO EM ENFERMAGEM	
O PROCESSO FORMATIVO EM ENFERMAGEM	22
Formação Inicial.....	25
FORMAÇÃO, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO NOS ADULTOS .	29
FORMAÇÃO E SUPERVISÃO EM ENSINOS CLÍNICOS	34
SUPERVISÃO DE ENSINOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM.....	37
Relação Supervisiva	42
CARREIRA DE ENFERMAGEM.....	46
PARTE II – PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA AUTO-EFICÁCIA, PAPÉIS E VALORES DE VIDA	
TEORIA SÓCIO-COGNITIVA DE BANDURA.....	48
A Auto-Eficácia	53
TEORIAS DE DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA DE SUPER.....	59
Modelo do Arco-Íris da Carreira.....	59
Modelo do Arco Normando	66
Modelo da Personalidade	68
Valores	69
PAPÉIS DE VIDA	71

AS CRENÇAS DE AUTO-EFICÁCIA NOS PAPÉIS DE VIDA.....	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	78

PARTE III – METODOLOGIA

INSTRUMENTOS	79
Questionário de Dados Pessoais.....	79
Inventário de Auto-Avaliação de Supervisão de Ensinos Clínicos.....	80
Inventário de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros.....	81
Escala de Valores WIS.....	84
PRÉ-TESTE	88
PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS	89
PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO	90
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	91

PARTE IV – ANÁLISE DOS RESULTADOS

INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO DE ENSINOS CLÍNICOS.....	98
Análise Factorial em Componentes Principais dos Itens	98
Coeficientes Alfa de Cronbach.....	100
Distribuição dos Resultados das Escalas.....	101
Correlações	101
Análise dos Resultados Inter-Grupais	102
Considerações Finais	105

INVENTÁRIO DE CRENÇAS DE AUTO-EFICÁCIA NOS PAPÉIS DE CARREIRA DOS ENFERMEIROS	107
Análise Factorial em Componentes Principais dos Itens	107
Coeficientes Alfa de Cronbach.....	112
Distribuição dos Resultados das Escalas.....	112
Correlações.....	113
Análise Factorial em Componentes Principais das Escalas	114
Análise dos Resultados Inter-Grupais	115
Considerações Finais	122
ESCALA DE VALORES WIS	124
Análise Factorial em Componentes Principais dos Itens	124
Coeficientes Alfa de Cronbach.....	125
Distribuição dos Resultados das Escalas.....	127
Correlações.....	129
Análise Factorial em Componentes Principais das Escalas	131
Análise dos Resultados Inter-Grupais	135
Considerações Finais	145
RELAÇÃO DOS RESULTADOS ENTRE O INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO DE ENSINOS CLÍNICOS, INVENTÁRIO DE CRENÇAS DE AUTOEFICÁCIA NOS PAPÉIS DE CARREIRA DOS ENFERMEIROS E ESCALA DE VALORES WIS	147
Correlações.....	147
Análise Factorial em Componentes Principais	150
Considerações Finais.....	154

CONCLUSÃO.....	155
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	162
ANEXOS	179
Anexo 1 – Supervisão de ensinos clínicos de enfermagem	180
Anexo 2 – Competências do enfermeiro de cuidados gerais	198
Anexo 3 – Pedido de autorização para aplicação dos instrumentos.....	199
Anexo 4 – Caderno constituído pelos instrumentos.....	200
Anexo 5 – Frequência e percentagens da variável idade	212
Anexo 6 – Frequência e percentagens da variável tempo global de serviço.	213
Anexo 7 – Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem – Teste de esfericidade de Bartlett e teste KMO dos itens	214
Anexo 8 - Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros – Teste de esfericidade de Bartlett e teste KMO dos itens	215
Anexo 9 - Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros – Análise factorial em componentes principais dos itens.....	216
Anexo 10 - Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros – Teste de esfericidade de Bartlett e teste KMO das escalas ...	220
Anexo 11 – Escala de Valores WIS – Teste de esfericidade de Bartlett e teste KMO dos itens	221
Anexo 12 – Escala de Valores WIS – Análise factorial em componentes principais dos itens.....	222
Anexo 13 - Escala de Valores WIS – Análise factorial em componentes principais com rotação varimax dos itens	225
Anexo 14 - Escala de Valores WIS – Teste de esfericidade de Bartlett e teste KMO das escalas.....	228

Anexo 15 - Teste de esfericidade de Bartlett e teste KMO relativo aos três instrumentos	229
---	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Representação gráfica do Arco-Íris da carreira	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribuição dos participantes pela variável formação pós-graduada.....	93
Gráfico 2. Distribuição dos participantes pela variável tipo de formação pós-graduada.....	93
Gráfico 3. Distribuição dos participantes pela variável instituição	94
Gráfico 4. Distribuição dos participantes pela variável categoria profissional	95
Gráfico 5. Distribuição dos participantes pela variável supervisão de ensinos clínicos de enfermagem	96

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1. Resumo das preposições de Super sobre o desenvolvimento da carreira	60
Quadro 2. Escala de Valores WIS . Exemplos de um item em cada escala	86
Quadro 3. Distribuição dos participantes pela variável sexo (n=150).....	91
Quadro 4. Distribuição dos participantes pela variável idade (n=150)	91
Quadro 5. Distribuição dos participantes pela variável estado civil (n=150).....	92
Quadro 6. Distribuição dos participantes pela variável tempo global de serviço (n=150)	94
Quadro 7. Distribuição dos participantes pelos motivos da não supervisão de ensinos clínicos (n=56).....	96
Quadro 8. Distribuição dos participantes pela supervisão de ensinos clínicos tendo em consideração os estádios do curso (n=94)	96
Quadro 9. Distribuição dos participantes pelos motivos da supervisão de ensinos clínicos (n=94).....	97
Quadro 10. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Análise factorial em componentes principais, ao nível dos itens (n=94)	99
Quadro 11. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Análise factorial em componentes principais com rotação varimax, ao nível dos itens (n=94)	99
Quadro 12. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Coeficiente de Precisão (n=94)	100
Quadro 13. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos – Distribuição dos resultados (n=94).....	101

Quadro 14. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - matriz de correlação dos resultados das escalas (n=94).	102
Quadro 15. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Teste <i>t</i> de diferenças de médias por idade (n=94).....	103
Quadro 16. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - ANOVA análise da variância pela variável tipo de estágio do curso(n=94).....	104
Quadro 17. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Comparação <i>post-hoc</i> das médias pela variável tipo de estágio do curso (n=94). .	105
Quadro 18. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira - Análise em componentes principais dos itens. Valores próprios e variância explicada (n=150).	107
Quadro 19. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira - Análise em componentes principais com rotação varimax, ao nível dos itens (n=150).....	109
Quadro 20. Inventário de crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Coeficientes de precisão (n=150)	112
Quadro 21. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Distribuição dos resultados (n=150).....	113
Quadro 22. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Matriz de correlações dos resultados das escalas (n=150).....	114
Quadro 23. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Análise factorial em componentes principais, ao nível das escalas (n=150).....	115
Quadro 24. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Média e desvio padrão da variável sexo (n=150).....	116
Quadro 25. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por idade (n=150)	117
Quadro 26. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por estado civil (n=150).....	118

Quadro 27. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por formação pós-graduada (n=150).....	119
Quadro 28. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por tempo global de serviço (n=150).....	120
Quadro 29. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por supervisão de ensinos clínicos (n=150).....	121
Quadro 30. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Média e desvio padrão da variável supervisão por estádios do curso (n=150)	122
Quadro 31. Escala de Valores WIS - Análise em componentes principais dos itens. Valores próprios e variância explicada (n=150).....	125
Quadro 32. Escala de Valores WIS – Coeficientes de precisão (n=150)	126
Quadro 33. Escala de Valores WIS – Distribuição dos resultados (n=150).....	127
Quadro 34. Matriz de correlações dos resultados das escalas (n=150)	130
Quadro 35. Escala de Valores WIS – Análise factorial em componentes principais, ao nível das escalas (n=150).....	132
Quadro 36. Escala de Valores WIS – Análise factorial em componentes principais com rotação varimax, ao nível das escalas (n=150)	133
Quadro 37. Escala de Valores WIS – Síntese da análise factorial das escalas em componentes principais com rotação varimax, por ordem.....	134
Quadro 38. Escala de Valores WIS – Teste <i>t</i> de diferença de médias por sexo (n=150)	136
Quadro 39. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável idade (n=150)	138
Quadro 40. Escala de Valores WIS – Teste <i>t</i> de diferença de médias por estado civil (n=150)	139
Quadro 41. Escala de Valores WIS – Teste <i>t</i> de diferença de médias por formação pós-graduada (n=150).....	141

Quadro 42. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável tempo global de serviço (n=150).....	142
Quadro 43. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável supervisão de ensinos clínicos (n=150).....	143
Quadro 44. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável supervisão do tipo de estágio do curso (n=150).....	145
Quadro 45. Matriz de correlações dos resultados das escalas de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos com a escala de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira e com a Escala de Valores WIS (n=150).....	148
Quadro 46. Matriz de correlações dos resultados das escalas de auto-eficácia nos papéis de carreira e de valores WIS (n=150).....	149
Quadro 47. Análise factorial em componentes principais, ao nível das escalas de todos os inventários (n=150).....	151
Quadro 48. Análise factorial em componentes principais com rotação varimax, ao nível das escalas de todos os inventários (n=150).....	152
Quadro 49. Síntese da análise factorial em componentes principais com rotação varimax, ao nível das escalas de todos os inventários, por ordem (n=150).....	153

INTRODUÇÃO

O curso de licenciatura em Enfermagem tem uma componente de ensino clínico com a duração mínima de 50% do total do curso, que lhe confere uma particular importância na aprendizagem dos estudantes em contextos reais de trabalho.

Ao longo dos anos e em vários locais de ensino clínico de enfermagem têm sido utilizados diferentes tipos de supervisão, de acordo com os recursos disponíveis, os planos de estudo, variáveis educativas e políticas. Contudo o ensino clínico, enquanto formação em cuidados de Enfermagem, prevê que o estudante, aprenda a planear, a executar e a avaliar os cuidados de enfermagem exigidos com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos, integrado numa equipa e em contacto directo com o indivíduo são ou doente e/ou a comunidade. É portanto uma actividade de ensino/aprendizagem de elevada exigência para todos os profissionais intervenientes no processo educativo, exigindo o estudo e a reflexão sobre os modelos capazes de proporcionar as melhores aprendizagens aos estudantes.

A supervisão de ensinios clínicos de enfermagem tem como finalidade principal o desenvolvimento das competências dos alunos e, deve pela sua qualidade de ensino, promover uma atitude de confiança, de responsabilidade e de desenvolvimento pessoal e institucional nos enfermeiros em formação.

Neste sentido e considerando a grande importância dos ensinios clínicos e dos supervisores dos mesmos, para o desenvolvimento, quer profissional quer pessoal dos estudantes de enfermagem é relevante compreender os contextos onde a supervisão de estágios decorre, bem como algumas das dimensões psicológicas intervenientes no processo.

A temática reflecte algumas preocupações sobre aspectos de carácter geral, nomeadamente relativas aos imperativos de um mundo em rápida transformação, cujas implicações se fazem sentir ao nível organizacional, tecnológico e social. Dos enfermeiros esperam-se competências de flexibilidade, competitividade e adaptação, quando confrontados com a mudança e a incerteza

Num contexto de mudança mas também de oportunidade e informação, é de grande importância reflectir sobre as crenças dos enfermeiros relativamente aos seus papéis e aos seus valores predominantes, que se relacionam com os processos motivacionais da aprendizagem em formação e em supervisão, bem como o desenvolvimento pessoal e institucional.

Desta forma, a investigação pretende analisar as crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira, os valores de vida e as componentes da supervisão de ensinos clínicos, em enfermeiros.

Este trabalho encontra fundamento teórico na perspectiva sócio-cognitiva e na teoria desenvolvimentista da carreira de Super, colocando ênfase na pessoa como agente do seu desenvolvimento. Estas teorias tem evoluído ao longo das últimas décadas do século XX, de forma a incorporar novos conceitos e a corresponder a uma prática cada vez mais unificadora das várias dimensões do indivíduo. A teoria de desenvolvimento de Super e a perspectiva sócio-cognitiva têm uma visão comum do indivíduo, *o self*, enquanto protagonista de um processo de desenvolvimento, em que confluem variáveis pessoais, situacionais e sociais, e em que às experiências vividas são atribuídos significados individuais, também eles com repercussões nesse processo e nas suas transições.

O conceito de auto-eficácia é definido a partir da teoria sócio-cognitiva de Bandura (1977) e refere-se “aos juízos ou julgamentos das pessoas acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção requeridos para atingir os tipos de performances designados” (Bandura, 1986, p.391). Estas crenças são vistas como constituindo o mecanismo mais central e penetrante da actuação pessoal. As crenças de auto-eficácia são postuladas como ajudas importantes na determinação das escolhas que as pessoas fazem das actividades e dos ambientes, assim como do esforço dispendido, persistência, padrões de pensamento, e reacções emocionais quando confrontadas com obstáculos.

É importante salientar que a auto-eficácia compreende um conjunto dinâmico de crenças de capacidade, que são específicas de domínios de desempenho particulares e que interagem de uma forma complexa com outros factores pessoais, comportamentais e contextuais.

Os valores pessoais são conceptualizados como uma dimensão da personalidade, sendo decorrentes dos processos de socialização e estabelecidos em conjuntos organizados de crenças, opiniões e atitudes sobre as preferências individuais, que sendo relativamente estáveis podem mudar com a idade e a experiência (Sverko e Vidovic, 1995). A organização das necessidades, dos desejos e dos objectivos em valores é hierarquicamente organizada de acordo com a importância relativa das prioridades perante a vida, representando “orientações gerais” presentes nas tomadas de decisão, e dirigindo os comportamentos segundo critérios específicos e prioritários (Sverko & Vidovic, 1995, p.5). Ainda para estes autores, os valores são concebidos como construtos hipotéticos, operacionalizados em objectivos, que as pessoas consideram importantes e que as impulsionam para as realizações a atingir na vida.

Como metodologia utilizada neste estudo, foi construído um Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem e um Questionário de dados pessoais. Recorreu-se ainda à utilização do Inventário de Crenças de Auto-eficácia na Carreira dos Enfermeiros desenvolvido por Moreira (2006) e à Escala de Valores WIS (*Work Importance Study*) (2ªEd.).

Quanto a investigações realizadas anteriormente, sobre as temáticas em estudo, salienta-se a análise de Isabel Moreira (2006) nas crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira dos enfermeiros, onde desenvolveu o instrumento que irá ser utilizado neste estudo. No quadro teórico dos valores, foram anteriormente analisados, nomeadamente por Barros (2007), Bruto da Costa (1997), Duarte (1993), Rafael (1992) e Teixeira (2000) através da escala de valores WIS. Contudo, na literatura consultada não se encontra investigações relativas à análise de valores em amostras de enfermeiros E a sua abordagem é significativa, quer do ponto de vista da validade da Escala quer no conhecimento dos valores que podem estar enraizados nos processos de socialização dos enfermeiros.

As exigências que se colocam actualmente à área da saúde são muitas e, para lhes fazer face, urge repensar a formação dos seus profissionais e futuros profissionais, em particular a dos enfermeiros. A formação em contexto de trabalho, que na formação inicial ocorre ao nível dos ensinos clínicos, é considerada por diversos autores como uma componente fundamental onde o profissional e futuro profissional se confrontam com situações onde a dialéctica teoria-prática tem que estar sempre presente. O acompanhamento desse processo formativo, a sua supervisão, assume, assim, um papel decisivo na medida em que é potenciador da sua qualidade.

Neste sentido e considerando a supervisão de ensinamentos clínicos de enfermagem de extrema importância para a formação dos futuros enfermeiros, é fundamental a elaboração de estudos de investigação nesta área, que sejam capazes de contribuir para uma melhor compreensão da temática e que ajudem a sustentar estratégias de mudança na área da supervisão. É importante, ainda, que esta mudança se oriente no sentido de garantir e estabelecer a qualidade dos cuidados de saúde em geral e de enfermagem em particular.

O trabalho de dissertação denominado “Crenças de Eficácia nos Papéis de Carreira, Valores de Vida e Prática de Supervisão de Ensinos Clínicos, em Enfermeiros” está organizado essencialmente em duas partes. A primeira corresponde à revisão da literatura e inclui informação sobre formação inicial, supervisão de ensinamentos clínicos e carreira de enfermagem. Aborda ainda as perspectivas teóricas das crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira e valores de vida, onde se contempla a teoria sócio-cognitiva de Bandura e o modelo do arco íris da carreira, do arco normando da carreira e da personalidade de Super. Também se inclui uma análise dos conceitos de papéis e valores de vida, assim como de crenças de auto-eficácia nos papéis de vida.

A segunda parte contém aspectos metodológicos da investigação, onde será realizada a descrição do Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem, do Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros, da Escala de Valores WIS e do Questionário de dados pessoais. São descritos também os procedimentos utilizados, bem como a caracterização da amostra. Ainda nesta segunda parte, são apresentados e analisados os resultados obtidos com a aplicação dos inventários.

Nas conclusões apresenta-se a síntese e a reflexão geral sobre o significado dos resultados obtidos, referencia as limitações do estudo e as eventuais implicações para a prática de enfermagem.

O PROCESSO FORMATIVO EM ENFERMAGEM

A prática de enfermagem, praticada desde o início da história do homem, tem tomado várias formas ao longo dos tempos. Nos Estados Unidos, uma enfermagem organizada teve as suas raízes na Guerra Civil mas somente em 1873 apareceram as primeiras escolas de enfermagem. Hoje, a enfermagem é um campo dinâmico, enriquecido pelas tradições do passado e desafiado pelas profundas mudanças na sociedade e nos cuidados de saúde (Bond, 1998).

Florence Nightingale defendia uma filosofia de enfermagem que incluía cuidados globais, dizia que as enfermeiras deveriam cuidar das pessoas no seu todo, e não apenas na doença, o que significava que a enfermeira deveria ter em conta a pessoa e o seu ambiente. A definição de enfermagem mais citada, atribuída a Nightingale é: colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa agir sobre ele (Nightingale, 1946).

A American Nurses Association (ANA), organização nacional de enfermeiras diplomadas dos Estados Unidos aceitou, ao longo dos anos, diferentes definições de enfermagem, reflectindo sobre o papel de mudança dos enfermeiros. A actual definição de enfermagem foi aceite em 1980: Enfermagem é o diagnóstico e o tratamento das respostas humanas aos problemas de saúde actuais e potenciais (Bond, 1998).

Florence Nightingale, defendendo uma enfermagem científica baseada em dados empíricos, alicerçada numa formação rigorosa e contínua dos profissionais para o desenvolvimento de competências, impulsionou o início da profissão em substituição da milenar vocação (Almeida, 2008).

A formação oficial em enfermagem tem sido influenciada por múltiplos factores: as guerras, o mais notável de todos os cataclismos para a mudança social, o sistema educativo em geral e o estatuto da mulher.

Começa-se, então, a substituir os anteriores princípios de caridade e abnegação por cientificidade e profissionalismo, onde as escolas com um papel activo, tentam elevar a dignidade e a imagem da própria profissão (Ellis e Hartley, 1998). Entra-se então, no período de desenvolvimento das teorias de enfermagem, as quais tentam explicar os fundamentos da profissão, constituir um *corpus* para a prática e definir a qualidade como filosofia dos cuidados (Abreu, 2002).

A escola, geralmente considerada como a primeira escola oficial de enfermagem, foi a Nightingale School of Nursing do St. Thomas Hospital, de Londres. Esta escola foi o protótipo para as primeiras escolas práticas, influenciando por sua vez a educação em enfermagem, para além disso, teve influência nas construções hospitalares e medidas sanitárias (Bond, 1998).

O período de aprendizagem numa escola de enfermagem foi aumentando gradualmente, a partir dos anos 50, mudanças radicais na formação de enfermagem causaram uma variação considerável na duração dos programas desta (Almeida, 2008).

O grande desafio que hoje se coloca à profissão, a nível dos contextos da prática e da formação, é a promoção da dimensão reflexiva. A prática reflexiva não é uma ideia abstracta: surge do debate e da insistência em pensar de forma sistemática as experiências profissionais.

A formação de enfermeiros e enfermeiras leigas em Portugal, iniciou-se em 1876, no entanto esta só foi oficializada em 1919.

A formação académica dos enfermeiros desenvolveu-se de forma acentuada, vindo a reflectir-se na tendência para a complexificação, qualidade das práticas, promoção do seu valor social, reconhecimento pelos restantes elementos da equipe multidisciplinar e autonomia em relação a estes (Abreu, 2001).

Os condicionalismos políticos vigentes durante o apogeu do Estado Novo, o isolamento face resto da Europa e do Mundo e a Guerra Colonial trouxeram as suas virtudes e os seus malefícios a uma disciplina que avançava credivelmente para uma autonomia social e científica conquistada pelos seus próprios elementos. No entanto, foi com a revolução de Abril que os enfermeiros, como muitas outras classes profissionais, foram emergindo no panorama profissional e científico. É por esta altura que se começa a desenhar a criação de uma ordem profissional e uma sentida necessidade de que a formação em enfermagem, para além de ser integralmente atribuída aos enfermeiros, viesse a ser colocada no sistema educativo a nível superior (Ferreira, 1990; Abreu, 2001).

A partir de 1980, com a criação dos departamentos de formação dos hospitais, onde outros profissionais das equipas de saúde assumiram igual protagonismo, os enfermeiros deram início a uma nova fase de valorização profissional, com investimentos fortes e concisos na formação em contexto de trabalho.

Em 1987 são traçados novos planos de estudo tendo por base os processos de avaliação e reflexão sobre a formação em enfermagem. A formação em enfermagem transita para o sistema educativo nacional a nível do ensino superior politécnico, através do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro (Soares, 2004).

Formação Inicial

A formação inicial em enfermagem tem como missão, proporcionar formação cultural e técnica, ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática, desenvolver habilidades, competências e capacidade de inovação e de análise crítica para o exercício profissional de enfermagem. Esta visa, essencialmente, preparar o aluno para ser um profissional, uma “(...) pessoa com elevado nível de desenvolvimento humano e com saberes apropriados que aceita desempenhar uma função na sociedade e se integra num colectivo profissional (...)” (Alarcão, 2001, p.53).

Preparar o aluno para ser um enfermeiro, um profissional humano que adquire saberes, se integra num grupo profissional e adquire a responsabilidade de desempenhar funções com e para o outro ser humano, um humano que “cuida” outro humano tendo, por isso, que ser capaz de lidar com a singularidade de cada um, com a imprevisibilidade do dia-a-dia de cada momento e situação (Alarcão, 2001).

A preocupação da formação em enfermagem coloca-se assim, na apropriação de saberes teóricos e práticos, que se reflectem, na qualidade de cuidados de saúde prestados à comunidade, na responsabilidade e autonomia dos cuidados de enfermagem patente na estrutura curricular do curso e no grau académico que lhe é conferido.

Integrada no ensino superior a formação inicial em enfermagem passou a conferir o grau académico de bacharel e posteriormente de licenciado em enfermagem. O curso de licenciatura em enfermagem, tem como objectivo “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos da comunidade nos diferentes níveis de prestação“, assim como assegurar a formação para a participação “na gestão

dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde, (...) na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde;” e para “o desenvolvimento da prática da investigação do seu âmbito.” (Art. Nº5-Decreto-Lei nº353/99 de 3 de Setembro in D.R.- I série-A, Nº206, referido por Fonseca, 2006).

Este curso tem uma estrutura curricular em torno de duas grandes vertentes, o ensino teórico e o ensino clínico, que se articulam de forma adequada.

A componente do ensino teórico destina-se “à aquisição, pelo estudante de enfermagem, dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessárias para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem”, versando conteúdos relacionados com cuidados de enfermagem, ciências humana e sociais, com uma duração de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso (Fonseca, 2006 referenciando-se Portaria nº195/90 de 17 de Março, D.R. – I Série, Nº64 de 17-3-1990).

A componente de ensino clínico visa assegurar ao estudante de enfermagem, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridas, em contacto directo com o indivíduos são ou doente e ou com uma comunidade, a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais de enfermagem. Esta componente deve ter a duração de, pelo menos metade da carga horária total do curso realizar-se sob a forma de estágios em contexto de trabalho (Centro de saúde, hospitais e na comunidade), sob a responsabilidades dos docentes da escola, com a colaboração de enfermeiros das instituições em diferentes áreas de actuação de enfermagem (Fonseca, 2006 referenciando-se Portaria nº195/90 de 17 de Março, D.R. – I Série, Nº64 de 17-3-1990).

No cumprimento desta legislação, as escolas superiores de enfermagem elaboraram e fizeram ser aprovados, os seus planos curriculares, organizando as unidades

curriculares versando a componente de ensino teórico e de ensino clínico ao longo do curso.

Da análise da legislação dos cursos de enfermagem e dos planos curriculares das escolas, de uma maneira geral, pode-se realçar a importância e relevância que a formação em contexto de trabalho (ensinos clínicos) assume encontrando-se distribuídos ao longo do curso numa lógica de formação alternada, onde “ (...) a escola desempenha o papel principal nesta oferta formativa para aprender sobre e para o mundo do trabalho através da aproximação ao contexto de trabalho (...)” (Cabrito, 1994, p.27) o que permite a construção de saberes de enfermagem e a socialização progressiva e antecipada na profissão e mundo do trabalho.

Diferentes autores em diferentes estudos, referem-se à formação em contexto de trabalho como fonte de produção, formalização e transformação de saberes, saberes teóricos, saberes práticos, relacionais, contextuais, saberes formais e informais que, tal como refere Abreu (2001, p. 140), situando-se no pensamento de Shön (1996), constituem “(...) um saber oculto no agir profissional que só a prática permite formalizar (...)”.

Teoria e prática formam um “(...) conjunto dinâmico e mutável, feito de valores e conhecimentos (substantivos, processuais e estratégicos), tendo como base de sustentação a prática e aquilo que é normalmente designado por teoria, mas integrado por valores que a perspectivam (...)” (Alarcão, 2001 b; p.58). os pressupostos teóricos reúnem princípios, critérios e saberes que orientam as intervenções práticas. Na prática eles adquirem significado, constroem-se e reconstroem-se, integrando a aprendizagem social.

Canário (2000) afirma que os processos de socialização do trabalho começam precisamente na escola, ou nas suas palavras, na formação inicial, em especial quando se trata de um ensino de via profissionalizante. O património da identidade profissional já possuía uma certa disposição para a formação contínua. Esta formação veio a sofrer mudanças tendo em conta os contextos históricos e sociais: a alfabetização de adultos, o desenvolvimento das competências dos profissionais, a formação em contexto de trabalho, a formação informal. É a aprendizagem centrada nas realidades e sentido das experiências de vida, a qual permite reconhecer as dimensões formativas dos problemas ou mesmo vivências do quotidiano.

Nos olhares críticos que muitos autores lançam à escola, identificamos com alguma frequência a revalorização epistemológica da experiência. Schön enfatiza os processos experienciais a partir da reflexão sobre a acção. Kolb, relatado por Abreu (2002 e 2003), descreve o processo de aprendizagem e as determinantes do contexto, colocando a experiência no centro do debate sobre o desenvolvimento global de competências. Este seria o produto da convergência de quatro tipos diferentes de competências: conceptualização abstracta, observação reflexiva, experimentação e acção concreta.

No contexto de uma filosofia de aprendizagem ao longo da vida, o investimento estratégico na formação inicial conduz inevitavelmente à ideia de formação contínua, estando por sua vez, esta, associada à revalorização dos processos de formação inicial (Canário, 1997).

FORMAÇÃO, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO NOS ADULTOS

Aprendizagem e desenvolvimento relacionam-se entre si de uma forma directa e estreita uma vez que o desenvolvimento comanda aprendizagens e estas influenciam o desenvolvimento (Danis e Solar, 2001).

A aprendizagem nos adultos é concebida como um processo de transformação e construção pessoal, em relação aos seus conhecimentos, convicções, comportamentos e atitudes, resultante de uma experiência (Danis, 2001; Alarcão, 2001 e Tavares & Alarcão, 1989). Enquadra-se assim, a aprendizagem nos adultos centrada em dois eixos: a aprendizagem pela experiência e a aprendizagem pelo significado atribuído à experiência.

Alarcão (2002, p.226), referindo-se a Kolb, define aprendizagem experiencial “ (...) como um processo transformador da experiência no decorrer da qual se dá a construção de um saber (...)”. Partindo de uma experiência concreta, através de processos de observação e reflexão, ela é apreendida, resultando um conhecimento de natureza mais intuitivo, e/ou compreendida, resultando um conhecimento mais reflectido e distanciado, que conduzem à transformação de conceitos e guiam novas experiências.

Identifica-se assim, dois agentes de aprendizagem nos adultos, a experiência e a reflexão, que Alarcão (2002) manifestamente preconiza dizendo que a experiência, quando reflectida e conceptualizada, permite compreender a realidade, permite aprender.

A reflexão e prática reflexiva é um processo interior a cada indivíduo que, utilizando actividades intelectuais e afectivas desencadeadas pela experiência, clarificam ou criam significado, consolidando ou modificando a percepção conceptual.

Para Dewey citado por Gomes (2002), o processo de reflexão tem início no confronto entre as dificuldades ou problemas e a instabilidade gerada por eles no quadro de referências do indivíduo, no seu sistema de significação, conduzindo a transformações cognitivas traduzidas na construção do conhecimento, ou conduzindo a uma reestruturação dos seus próprios sistemas de significação. A reflexão não é um conjunto de técnicas que possam ser ensinadas, ela implica intuição e emoção (Ferreira, 2001).

Assim, a análise e compreensão do processo de reflexão podem ser identificadas diferentes etapas ou níveis, que Ferreira (2001) agrupam em três etapas chave:

- 1ª Etapa – Percepção de sentimentos e conhecimentos desconfortáveis, ou seja, a instabilidade criada pela tomada de consciência de que o conhecimento que se tinha e foi mobilizado, não permitiu explicar aquela situação concreta.

- 2ª Etapa – Análise crítica de conhecimentos e sentimentos. Explicar determinada situação particular analisando os seu conhecimento e/ou procurando outro, de modo a torná-la possível. Necessário e indispensável é o pensamento crítico que Boud et al, referido por Ferreira (2001), descreve como um processo que engloba associação, integração, validação e apropriação.

3ª Etapa – Desenvolvimento de uma nova perspectiva da situação.

O processo de reflexão requer, assim, competências cognitivas e afectivas, que Ferreira (2001), referindo-se a Goodman e Boud, identificaram como sendo, para além da motivação e espírito de abertura:

- “Percepção própria” – capacidade de uma pessoa para analisar os seus sentimentos, a forma como a situação o afectou e foi afectada.

- “Descrição” – capacidade para reconhecer sentimentos e pensamentos desconfortáveis, descrevendo-os com precisão e dar uma explicação.

- “Análise crítica” – análise da situação, dos conhecimentos existentes e a procura de alternativas.

- “Síntese” – integração de novos conhecimentos no conhecimento prévio, permitindo a resolução de problemas e prever os efeitos da acção. Permite desenvolver novas perspectivas.

- “Avaliação” – Capacidade de formular um juízo acerca do processo e do produto final. Tal como a síntese, permite desenvolver novas perspectivas, novo conhecimento.

A aprendizagem resulta, portanto, de uma experiência devidamente organizada e reflectiva. No entanto, na aprendizagem e formação de adultos, conotada por uma perspectiva holística e humana, não pode ser esquecida a importância da interpretação que o Eu faz dessa experiência atribuindo-lhe um significado, um sentido decorrente do seu percurso de vida, do seu devir, transformando-a na real aprendizagem e desenvolvimento (Alarcão, 2001).

O processo de aprendizagem constitui-se por uma série de fenómenos que vão desde o indivíduo aprender a aprender, ou seja, ser capaz de interiorizar os procedimentos da aprendizagem, observar os dados provenientes da experiência,

analisá-los e sintetizá-los emitindo um juízo final, passando pela participação activa e responsável do indivíduo em todo o processo, até à atribuição de um significado, ou seja, perceber o assunto ou experiência como importante e relevante para si e para os seus propósitos.

Neste sentido, e entendendo a formação como desenvolvimento de capacidades pessoais e profissionais, esta não pode alhear-se do potencial que a experiência representa na aprendizagem, contemplando a pessoa no seu todo. Alarcão (2001, p.57) sugere alguns princípios validadores da experiência como aprendizagem:

- “Princípio da significação” – a experiência é válida quando se estabelece uma relação entre a pessoa e o acontecimento;

- “Princípio da continuidade” – cada experiência significativa insere-se num contínuo entre as previamente adquiridas e as que virão;

- “Princípio do desenvolvimento e da aprendizagem” – as experiências devidamente organizadas, conduzem a novos saberes e a uma melhor interacção com o meio;

- “Princípio da qualidade” – as experiências sentidas como positivas e compensadoras, geram novas experiências e novos saberes;

- “Princípio da reflexão” – para além do valor e sentido tácito e intuitivo da experiência, a reflexão proporciona diferentes contornos à experiência;

- “Princípio da interacção social” – a comunicação e a interacção social são constituintes da experiência humana;

- “Princípio da educação” – quando significativa, a experiência conduz ao desenvolvimento das possibilidades escondidas;

- “Princípio da formação holística” – a integração das experiências vividas e assimiladas constroem a pessoa no seu todo.

Nestes princípios, a autora realça o valor da experiência para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal de natureza psicossocial, onde as relações intrapessoais, interpessoais e intergrupais são determinantes.

A formação de adultos engloba, assim, um vasto e complexo campo de análise, compreendendo a interacção de diferentes factores relacionados com o desenvolvimento cognitivo e pessoal, com a comunicação e relações humanas, com os métodos e modos de trabalho em grupo, com o funcionamento das organizações e com o meio e a sociedade em que se integra.

FORMAÇÃO E SUPERVISÃO EM ENSINOS CLÍNICOS

A formação de enfermeiros, vocacionada para conceber, executar e avaliar cuidados, partindo de um saber próprio da enfermagem, tem vindo, ao longo do tempo, a ser questionada, no sentido de que a dimensão do cuidar não seja esquecida, mas sim o suporte de toda a formação e profissão.

A enfermagem e os cuidados de enfermagem são “ (...) compostos de múltiplas acções que são, sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de “pequenas coisas”, que dão a possibilidade de manifestar uma “grande atenção” ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares (...)” (Hesbeen, 2000, p. 47).

Muito mais que saber quais os gestos técnicos e como executá-los, os profissionais e os futuros profissionais necessitam adquirir e desenvolver conhecimentos, habilidades e competências que lhe permitam entender e decidir sobre o cuidar de uma pessoa em determinada situação e, simultaneamente, pensar e agir em contexto de trabalho com características culturais, sociais e organizacionais próprias.

As exigências da enfermagem e de formação em enfermagem fazem reconhecer nesta, necessidades de ordem cognitivas sólidas, traduzidas pelo conhecimento de conceitos, procedimentos e processos teoricamente aprendidos, pelo conhecimento experiencial resultante de cada caso e de cada contexto, de uma formação para o desenvolvimento pessoal atendendo à pessoa que é formando e à sua relação com o meio.

Enquadra-se numa perspectiva de formação de adultos, entendida na sua dimensão de desenvolvimento humano, onde a aprendizagem experiencial, particularmente em

contexto de trabalho, constitui um momento “(...) insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (...)” que “ (...) é medida por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implica mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma “estratégia pessoal” de processar a informação (...)” (Abreu, 2003).

Este autor, tal como Longarito (1999), Costa (2001), Bento (2001), Carvalhal (2003) entre outros, realçam a importância e a relevância da formação de enfermagem em contextos reais de trabalho, designada por ensino clínico.

O ensino clínico constitui uma parte de processo formativo, o confronto face a face com cada indivíduo (doentes, enfermeiros e outros profissionais de saúde), com as situações de saúde, a doença ou a morte, mais ou menos imprevisíveis, com as instituições e os seus sistemas organizacionais e de gestão, promove a desconstrução e reconstrução do saber.

Longarito (1999, p.20) citando Martin, define o ensino clínico como “(...) um meio privilegiado na formação dos alunos de enfermagem, permitindo-lhes adquirir habilidades para actuar no mundo real onde a profissão acontece (...)” e identifica a individualidade no ensino, a relação interpessoal privilegiada e a interacção teoria prática trabalhada a cada momento, como três características que lhe atribuem especificidade e lugar de destaque.

Abreu (2003) faz referência a algumas teóricas da enfermagem que evidenciam o acompanhamento das práticas clínicas como um processo de desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais; desenvolvimento da inteligência emocional, no pensamento crítico na tomada de decisão e no processo de enfermagem, no pensamento relacional e ético, ou seja, o acompanhamento para “(...) o

desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional (...)” (p.16). Este autor, referindo-se a Ashworth e Morrison (1989), salienta que “(...) só ocorre aprendizagem (intencional) em contexto clínico se a experiência for cuidadosa e deliberadamente acompanhada”.

Há alguns anos atrás, a supervisão de alunos de enfermagem em ensinamentos clínicos era, unicamente, da responsabilidade dos docentes, ficando os enfermeiros das instituições de saúde, um pouco, à margem deste processo de formação ou porque não lhes era solicitada colaboração, ou porque esta era considerada indesejada, sendo atribuídas carências científicas à prática destes profissionais (Carvalho, 2003).

A consciencialização de que este tipo de orientação desvalorizava o saber tácito, o saber oriundo da prática, fomentando a dicotomia teoria/prática e as dificuldades na integração profissional dos recém-formados, associada a mudanças sociopolíticas, levaram à reformulação deste processo formativo envolvendo e responsabilizando docentes e enfermeiros, escolas e instituições.

SUPERVISÃO DE ENSINOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM

Em função dos desenvolvimentos, no decurso dos últimos anos, o ensino deixa de estar centrado no professor, enquanto pessoa que sabe e transmite os seus conhecimentos a quem não sabe (o aluno) e, passa a centrar-se cada vez mais no aluno. É o aluno que passa a ser o foco de atenção do processo ensino/aprendizagem, no entanto, sozinho, este não consegue identificar as áreas de “não saber”, pelo que, quer a aprendizagem seja assistida, autónoma, ou coexistente, a aprendizagem dirigida não pode ser “abandonada” pelo professor (Pires et al, 2004).

Relativamente à formação em Enfermagem, as mudanças são também reflexo da evolução da sociedade em geral. O ensino de enfermagem sempre teve uma forte ligação com o contexto de trabalho, dada a natureza essencialmente prática da profissão. Sendo o seu âmbito de acção uma área sujeita a permanentes transformações ao nível dos saberes, confrontando os indivíduos, com a necessidade de pensar e repensar o processo de formação inicial e as práticas, bem como, as competências essenciais ao desempenho da profissão, num ambiente, também ele em permanente transformação (Pires, et al, 2004).

Os anos oitenta trouxeram transformações importantes, no que respeita à evolução da escola e do ensino de enfermagem. Desta forma, os alunos de enfermagem adquirem uma formação sólida em termos técnicos e culturais e o desenvolvimento de capacidades de inovação e análise crítica. No entanto, as escolas estão numa fase de desenvolvimento, o que implica uma revisão das metodologias de ensino, especialmente, no que concerne ao ensino clínico, levando a que se procure nos serviços

hospitalares e centros de saúde, parte das respostas para o acompanhamento dos seus alunos em ensino clínico (Pires *e tal*, 2004).

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 (Carvalho 2003). Assim, a formação dos enfermeiros baseada no princípio de alternância, tendo como pressuposto métodos pedagógicos centrados no estudante...o sucesso da formação deverá basear-se numa estreita articulação entre o mundo do trabalho e a escola, numa partilha sistemática de experiências onde o processo formativo seja o seu principal objectivo” (Ramos, 2003, p.6).

Neste âmbito, a participação de um novo actor no processo pedagógico – o enfermeiro da prática clínica – tem vindo a assumir um papel preponderante no ensino clínico, facilitando a integração dos alunos nos serviços e supervisionando a sua aprendizagem.

É realmente irreversível o facto de que a colaboração mútua é imprescindível, no entanto, segundo Pinto (2000), esta deve concretizar-se sob a forma de um modelo em que ambas as partes possam beneficiar e contribuir para o desenvolvimento do aluno, do profissional e da profissão.

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.

Queirós et al. (2000 p.21) refere que, “...a educação centrada no aluno e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção, devem ser a pedra de toque que

permitirá a mudança do *curriculum* tradicional para um outro perspectivado para as novas realidades socioculturais do século XXI. Parece-nos que esta mudança requer que, também em enfermagem, se considere a aprendizagem reflexiva como um elemento central, numa perspectiva de construção de saber baseado no lema de aprender a aprender”. Serão estratégias de ensino criativo que conduzirão os alunos a uma motivação mais intrínseca e congruente, com uma conceptualização moderna de enfermagem que sem descuidar a técnica, exige uma atitude crítica e reflexiva sobre as situações e permite a tomada de decisão informada e centrada na pessoa.

Por sua vez, “quem forma e ensina profissionais para a saúde deve reflectir (des) construtivamente a complexidade dos saberes científicos, em função dos aprendentes e das situações que, nos contextos reais da praxis profissional se lhe apresentam e deve fazê-lo de forma não standard” (Sá-Chaves, 2000, p.103). Os profissionais devem ser formados para o incerto, para o instável, para o dinâmico, para o imprevisível desconhecido e para a necessidade de, a cada momento, serem capazes de responder às questões com que se irão defrontar.

A componente prática da formação exige que os futuros profissionais sejam capazes de tomar decisões adequadas, ou como refere Alarcão (1996, referindo Shön) adquirir o agir profissional, que diz ser “(...) competência que lhes permite agir no indeterminado, assente num conhecimento tácito, que nem sempre são capazes de descrever, mas que está presente na sua actuação (...), é um conhecimento que é inerente e simultâneo às suas acções e que completa o conhecimento que lhes vem da ciência e das técnicas que também dominam”.

É sob estes contornos que o termo “supervisão clínica”, com o qual ainda estamos pouco familiarizados, tem vindo a ganhar consistência no discurso dos enfermeiros, à

medida que alguns investigadores têm desenvolvido trabalhos nesta área (para informação mais detalhada sobre supervisão criou-se o anexo 1).

Alarcão e Tavares (2003, p.16) definem supervisão como “(...) o processo em que um professor, em princípio, mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”. Este conceito expressa a supervisão com um cariz dinâmico, que tem lugar num tempo continuado – processo – que pressupõe uma interação entre pessoas e requer um ambiente favorecedor à aprendizagem e ao desenvolvimento dos intervenientes, ou como: “(...) processo de resolução de problemas que passa pelo envolvimento dos sujeitos, que têm de aprender a resolver tarefas ou problemas, mais ou menos específico, através de estratégias psicopedagógicas e técnico-didáticas adequadas e, porventura, diferentes das habituais, num contexto afectivo-relacional propício à aprendizagem, isto é, de modo a que todo o processo seja envolvido externa e internamente por uma atmosfera cognitiva e emocional estimulante, um clima favorável à sua realização.” (Alarcão & Tavares, 2003; p.47).

A definição de supervisão clínica é mais tarde desenvolvida por Sá-Chaves que aponta para uma dupla dimensão no processo de desenvolvimento pessoal e profissional, numa visão dialéctica entre duas vertentes de formação e estende-as à área da saúde. Para Sá-Chaves (2000) a supervisão só faz sentido numa perspectiva de desenvolvimento humano e profissional.

São inúmeras as definições de supervisão clínica. Embora diferentes, todas se complementam. O documento “A Vision for the Future”, (NHSME, 1993), descreve a supervisão clínica como: “(...) um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a protecção

do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a auto-avaliação e as competências analíticas e reflexivas”.

Em 1996 a United Kingdom Central Council for Nursing descreve a supervisão clínica como: “... forma de promover a reflexão através da prática, identificar soluções para os problemas, de melhorar a prática e aumentar a compreensão das acções profissionais”. Essencialmente, a supervisão clínica é uma estrutura e um processo que deve ser revestido de princípios da prática reflexiva. (Bond e Holland, 1998)

O objectivo fundamental da supervisão relaciona-se, assim, com o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, traduzido pelo desenvolvimento das características físicas, psíquicas, cognitivas e sociais dos formandos através de um processo de informação-reflexão-acção-reflecção (Fonseca, 2006).

O supervisor tem como principal função facilitar a aprendizagem e desenvolvimento do futuro profissional, no entanto, ele também se desenvolve, pois aprende ensinando. Tudo isto é possível num contexto ambiental que para além de condições estruturais e humanas de trabalho, pressuponha uma interacção entre os actores numa relação “(...) assente na confiança, no respeito, no empenhamento e entusiasmo, na amizade cordial, empática e solidária de colegas que, não obstante a diferença de funções, procuram atingir os mesmos objectivos.” (Alarcão e Tavares, 2003), ou seja uma relação de ajuda, de apoio e facilitadora do processo de aprendizagem e desenvolvimento.

O desenvolvimento pessoal e profissional são uma preocupação realçada pela utilização de procedimentos de experimentação e reflexão. A prática junto dos

profissionais, ou em situações idênticas à realidade de trabalho, permite que o aluno adquira uma visão mais realista do seu futuro mundo de trabalho e dos problemas a ele inerentes. A prática só por si, pode não ser motivadora de crescimento e desenvolvimento se não for associada à reflexão: “Sem reflexão, o progresso não tem uma natureza informada e a mudança na prática é apenas acidental.” (Garmston et al, 2002, p.115).

Com o objectivo de permitir ao supervisando alcançar, sustentar e desenvolver criativamente uma alta qualidade de práticas, devem-lhe ser facultados meios de apoio e desenvolvimento acompanhado. O supervisando deve reflectir sobre o papel que desempenha como indivíduo na complexidade dos eventos e sobre a qualidade das suas práticas. Esta reflexão é facilitada por uma pessoa mais experiente que tem perícia para o acompanhamento e, através de sessões frequentes e contínuas, o orienta de acordo com a ecologia das situações.

Relação Supervisiva

A supervisão e a relação supervisiva, encarada numa perspectiva desenvolvimental e construtivista, conjugam o crescimento e desenvolvimento dos intervenientes num sistema mais lato constituído pela cultura laboral em que se inserem. Colocando a ênfase no desenvolvimento humano, a supervisão engloba estratégias de mediação concebidas no sentido de facilitar a relação entre a pessoa e a sua experiência,

alertando-a para o todo e para os pormenores da experiência que são potencialmente promotores de crescimento (Garmston et al, 2002).

A relação supervisiva que se estabelece entre supervisionado e supervisor deve estar fundamentada em princípios base de um relacionamento proveitoso para ambos os intervenientes no processo e enquadrados no contexto onde decorre (Holloway, 1995). Esta autora, baseando-se em Donald Schön, refere que os processos de supervisão devem ter por base uma relação supervisiva reflexiva.

Bernard e Goodyear (1998) e Falvey (2002) ressaltam os factores éticos da relação supervisiva com a influência dos aspectos individuais e desenvolvimento das diferenças.

Salientam as diferenças de sexo, da idade, do sistema de crenças e valores, com implicações fundamentais no êxito desta relação.

Johns (2000) estuda os processos da relação supervisiva no novo paradigma da construção da prática de uma profissão e revela que o supervisor das práticas, como um profissional reflexivo, deve estar disponível para a essência de uma prática holística de vários intervenientes. Deve responder em apoio e suporte das práticas com intervenção ajustada à realidade do contexto, apropriada e efectiva. As suas capacidades são desenvolvidas em torno de se conhecer e gerir o seu “*self*” para o cuidar da relação. Deve ter em consideração, na relação com o outro, a utilização de uma comunicação assertiva e criar o ambiente propício para uma prática holística de suporte e de intervenção supervisiva.

Frawley-O’Dea (2001) revela-nos que não pode haver receitas sobre o como se deve estabelecer uma relação supervisiva. Sendo uma autora do campo de apoio psicoterapêutico, diz-nos que a individualidade específica de cada caso e em cada momento carece de uma reflexão permanente sobre a situação em causa. Acrescenta ainda que o perigo de padronizar uma relação supervisiva, mesmo numa abordagem

puramente académica, é evidenciado pelo insucesso do apoio que era requerido. Para ela, compete ao profissional que apoia e orienta, ter um compromisso consigo próprio no sentido de ele mesmo se encontrar a ser supervisionado como forma de crescer nas suas competências supervisivas.

Para Holloway (1995), o elemento mais dinâmico da supervisão é a relação que se estabelece entre supervisionado e supervisor. Acentua que a relação deve ser constituída na prática (*professional role*), com identificação das forças concorrentes (*tasks*) e em que haja competências de aconselhamento (*counselling skill*).

Ao articular as várias etapas do processo: reflectir, entender, conceptualizar e aplicar, está a desenvolver as suas tarefas, sendo o efectivo tradutor da teoria e da pesquisa para a prática.

Neste sentido, a relação supervisiva adquire contornos de natureza cognitiva, onde o indivíduo é o principal agente de mudança, e de ordem afectiva. Formador e formando percebem-se e aceitam-se como seres independentes, com diferentes pontos de vista que tentam compreender, com as suas histórias de vida, com sentimentos e emoções, numa interacção recíproca e dinâmica intersubjectiva (Postic, 1990; Alarcão e Tavares, 2003), numa relação aberta, verdadeira, autentica, empática, que se desenrola numa atmosfera de disponibilidade (Rogers citado por Tavares, 1993).

Nesta linha, o processo de supervisão, cuja principal dimensão é o desenvolvimento do supervisor e supervisionado, engloba actividades de ensino-aprendizagem suportada por uma relação realista, empática e de aceitação, que atenda às características dos sujeitos envolvidos, “(...) ao ser, à circunstância, à pessoa e ao seu próprio devir (...)” (Sá – Chaves, 2002; p.127), às tarefas e actividades a realizar, à sua análise, estruturação e execução, aos processos psicopedagógicos, às estratégias a utilizar e aos conhecimentos,

num clima afectivo-relacional facilitador e potenciador de todos os mecanismos (Alarcão e Tavares, 2003).

No âmbito de diferentes problemáticas relacionadas com a supervisão, existe uma ideia central: a supervisão clínica, mais especificamente em enfermagem, dá suporte às práticas no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, melhora a qualidade das mesmas, apoia a formação clínica, faz uma gestão personalizada dos sentimentos e eleva a satisfação profissional dos enfermeiros (Cutcliffe, et al, 2001).

CARREIRA DE ENFERMAGEM

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a entrada em funcionamento do curso superior de Enfermagem e a previsão do início dos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, com a atribuição dos correspondentes graus académicos ou equivalentes, conduziram a mudanças efectivas ao nível do exercício da enfermagem, desta forma, a carreira de enfermagem tentou encontrar formas de incentivar e facilitar essas mudanças.

No Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro da Carreira de enfermagem, alterados pelos Decretos-lei 412/98 de 30 de Dezembro e 411/99 de 15 de Outubro, evidencia-se a importância que é atribuída ao acompanhamento, por parte dos enfermeiros em exercício profissional, dos alunos a desenvolver os ensinamentos clínicos nas instituições de saúde.

A carreira de enfermagem aplica-se a três áreas de actuação correspondentes estas, à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.

No que respeita ao nível 1, que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado, corresponde a função (Decreto-Lei 437/91) “l) Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados”.

O nível 2, integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe, corresponde a função (Decreto-Lei 437/91) “u) Criar condições para a realização de actividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique”.

O Conselho de enfermagem, em 2003, publicou um documento descrevendo as “Competências do enfermeiro de cuidados gerais”. Neste, são enumerados, entre outras, as competências relativas ao desenvolvimento profissional em que consta a “Valorização profissional”, a “Melhoria da qualidade” e a Formação Contínua” (anexo 2).

O conselho de enfermagem (2003) considera que a formação contínua visa:

- Levar a efeito uma revisão regular das suas práticas;
- Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências;
- Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua;
- Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas;
- Actuar como um mentor/tutor eficaz;
- Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

TEORIA SOCIO-COGNITIVA DE BANDURA

A teoria de aprendizagem social de Bandura é uma psicologia verdadeiramente abrangente, retomando elementos tanto dos comportamentalistas como dos cognitivistas. Para Bandura, o comportamento, as estruturas cognitivas internas e o meio interagem de forma a que cada uma actue como determinante indissociável da outra. “As pessoas são, até certo ponto, produto do seu meio, mas também escolhem e moldam o seu meio” (Sprinthall & Sprinthall, 1993).

Albert Bandura tem sido referido como um teórico da aprendizagem social, na medida em que se preocupa com a aprendizagem que ocorre no contexto de uma situação social. No decurso de uma interacção social o indivíduo poderá modificar o seu comportamento como resultado das respostas dos outros membros do grupo. “ A teoria da aprendizagem social defende que existe uma interacção recíproca contínua entre determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais que originam o comportamento humano. Esta concepção do funcionamento humano, não submete as pessoas ao papel de objectos impotentes controlados por forças ambientais, nem ao papel de agentes livres que se podem tornar o que quiserem. As pessoas e o seu ambiente são determinantes recíprocos uns dos outros (Bandura, 1977).

Desta forma, Bandura rejeita as perspectivas mecanicistas do ser humano ao considerar que ele possui capacidades superiores que lhe possibilitam utilizar símbolos (cognições) e realizar predições quanto à ocorrência dos acontecimentos e criar mecanismos que lhe permitem exercer controlo directamente sobre aqueles que afectam a sua vida quotidiana.

Na perspectiva de Bandura, o comportamento do ser humano deve ser analisado em função de uma interacção recíproca e contínua entre as condições ambientais, as

cognições e as acções do sujeito. Nesta perspectiva, designada pelo autor de “determinismo recíproco” (Bandura, 1978 e 1989), os factores situacionais e disposicionais são considerados como causas interdependentes do comportamento, ou seja: os determinantes internos do comportamento (crenças, expectativas, (...)) e os determinantes externos (consequências, reforços, punições, (...)) são parte de um sistema de influências interactivas que afectam não só o comportamento, mas também o próprio sistema.

Um outro aspecto saliente da teoria da cognição social refere-se à capacidade humana de auto-regulação do comportamento. Através da acção no seu meio ambiente, da criação de mecanismos de apoio cognitivo e de criação de consequências para as suas próprias acções, as pessoas têm a capacidade de exercer influência sobre o seu comportamento. Através da representação verbal e imagética, o ser humano processa e preserva as experiências de forma a servirem de guia para o futuro. A capacidade para idealizar resultados futuros potencializa estratégias com a finalidade de alcançar esses objectivos (Pereira e Almeida, 2004).

A capacidade para simbolizar permite a compreensão do ambiente, a criação e a regulação de acontecimentos ambientais que afectam virtualmente todas as situações da vida diária (Bandura, 2001a)

Ou seja, esta teoria dá relevo à natureza humana, sendo definida pelas capacidades básicas para simbolizar, planear estratégias alternativas (premeditar), aprender através das experiências vicariantes, auto-regular e auto-reflectir (Carmo, 2003). Estas capacidades básicas dotam as pessoas com os meios cognitivos através dos quais influenciam e determinam o seu próprio destino (Pajares, 2002).

Segundo Bandura (1986), os indivíduos possuem mecanismos próprios que permitem controlar os seus pensamentos, sentimentos, motivações e acções. Este

sistema permite obter mecanismos de referência e ajustes de sub-funções para a percepção, regulação e avaliação do comportamento, que funcionam interagindo com as fontes de influência do meio ambiente. Desta forma, o modo como as pessoas percebe o seu próprio desempenho nas acções, informam e regulam o seu ambiente e os seus auto-conceitos e assim sucessivamente. Bandura (1986) defende que as pessoas são produtos e produtores do seu próprio meio ambiente e dos seus sistemas sociais. As pessoas reflectem sobre as suas acções e regulam as próximas.

Outra qualidade humana referenciada por esta teoria, diz respeito às aprendizagem vicariante, que segundo Bandura (2001a), é um processo desenvolvido através da observação que permite dotar os indivíduos de conhecimentos e competências, através da informação proporcionada pela diversidade dos modelos.

A aprendizagem é compreendida como um processo dinâmico e estratégico de processamento da informação, de forma interna e individual, que é mediatizado pela construção do significado da informação e da experiência e posteriormente filtrado pelas percepções, pensamentos e sentimentos pessoais, facilitado pela interferência social (McCombs, 1991).

O conhecimento dos efeitos de determinada acção pode arrastar, para o indivíduo, uma motivação nova ao mesmo tempo que um reforço. Os efeitos observados permitem aos sujeitos, em situação de aprendizagem, dar-se conta do interesse que representa para si a repetição do comportamento em causa. Mas isso supõe que a o relacionamento comportamento-efeito seja realizada de uma forma satisfatória, que as hipóteses formuladas pelo sujeito, quanto às relações existentes, sejam confirmadas pelas situações vividas. O reforço supõe, portanto, um trabalho de análise intelectual da parte do sujeito, pouco compatível com uma concepção mecanicista. Desta forma, pode acontecer que um sujeito não reproduza um comportamento, mesmo seguido de êxito,

se aprendeu que noutras circunstâncias, as consequências favoráveis já não se reproduziriam (Berbaum, 1993).

A aprendizagem pela observação é um processo que engloba quatro fases: Atenção, retenção, reprodução e motivação (Berbaum, 1993).

Na fase da atenção, existe uma selecção da informação relevante para a imitação do comportamento em causa (Vaz Serra, 1986). Na segunda fase, retenção, a informação observada é codificada, traduzida e armazenada, de modo a poder ser utilizada futuramente. A fase de reprodução, consiste em traduzir as concepções simbólicas do comportamento armazenado na memória, este processo necessita de feedback para a correcção de diferenças entre a execução e o comportamento a ser modelado. Como a quarta fase encontramos os aspectos motivacionais em que Bandura (1977) defende a distinção entre aquisição e execução, refere que, para que um determinado comportamento aprendido seja executado, é necessário que exista motivação para o executar, o que poderá ser alcançado através de incentivos.

A motivação e o comportamento seriam determinados pela perspectiva dos acontecimentos. Este mecanismo de controlo antecipatório agrupa três tipos de expectativas: (a) Expectativas de resultado da situação (situation-out-come), em que as consequências são determinadas pelos acontecimentos ambientais, sem acção pessoal; (b) Expectativas de resultado da acção (action-outcome), em que os resultados ou as consequências derivariam de uma acção, e (c) Percepção de auto-eficácia, que se centra na crença pessoal quanto às capacidades para realizar uma acção específica necessária à obtenção de um resultado determinado (Bandura, 1992).

A auto-eficácia e as expectativas de resultado da acção referem-se à percepção que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de uma acção

preventiva. Na realidade os dois tipos de expectativas são difíceis de distinguir, porque operam em conjunto não sendo possível a segunda sem a primeira.

Numa perspectiva cognitiva, a aprendizagem é classificada como um processo interno e auto-dirigido, cuja eficácia está dependente da motivação e da capacidade de envolvimento nas actividades de tratamento de informação (McCombs & Whisler, 1989). Os sujeitos auto-regulados definem-se como aprendizes activos que gerem, com eficácia e flexibilidade, o seu próprio processo de aprendizagem e de motivação (Zimmerman, 2000).

É assente na base destes processos, que surge o conceito de pessoa autónoma, auto-regulada, que é metacognitiva, motivacional e comportamentalmente activa, no seu processo de aprendizagem (Zimmerman, 1989).

Segundo Bandura (2001b) os indivíduos ao estabelecer objectivos estão a direccionar e motivar os seus comportamentos e acções; mobilizando, para os atingir, os seus recursos pessoais, capacidades e esforços. Quando os objectivos delineados são atingidos, os indivíduos com um bom grau de eficácia irão planear novos objectivos, mais elevados que os anteriores.

Outra característica, através da qual os indivíduos dão sentido às suas experiências, é a capacidade auto-reflexiva do conhecimento. Os indivíduos exploram as suas próprias cognições e crenças, alterando o seu pensamento e comportamento (Pajares, 2002).

A Auto-Eficácia

A introdução e o desenvolvimento da teoria da auto-eficácia devem-se à concepção e aos trabalhos de Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento e com base na anteriormente designada Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1989).

A teoria da auto-eficácia é um complemento chave na teoria de Bandura e foi definida por este autor como “um julgamento das próprias capacidades de executar cursos de acção exigidos para se atingir certo grau de performance “ (Bandura, 1986, pag. 391). Schunk (1991) especifica que, na área escolar, as crenças de auto-eficácia são convicções pessoais quanto a dar conta de uma determinada tarefa e num grau de qualidade definida.

Portanto, a auto-eficácia é uma variável psicológica distinta e que vai além dos próprios conhecimentos específicos, das habilidades ou das experiências de realizações anteriores, cuja influência sobre o comportamento absolutamente não é minimizada.

Esta teoria defende que a iniciação, a persistência ou o abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afectados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1989; Lent & Maddux, 1997) ou seja, “As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipatórios que as pessoas constroem” (Pereira & Almeida, 2004).

Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização da tarefa em causa. Os que se auto-avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso, que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspectos negativos.

Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de acções eficazes, e a percepção de acções eficazes fortalece as auto-percepções de eficácia.

As crenças de auto-eficácia habitualmente afectam o funcionamento cognitivo através da acção conjunta das operações de processamento de informação e da motivação (Bandura, 1989). As crenças de auto-eficácia determinam o nível de motivação, tal como se reflecte na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maior e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989).

Bandura distingue entre dois componentes de auto-eficácia: as crenças ou expectativas de auto-eficácia e as expectativas de resultados ou percepção de controlo quanto aos resultados. As expectativas de resultado referem-se à crença do indivíduo, de que um dado comportamento levará a um resultado específico, ou seja, à relação entre as acções e resultados, sobre os quais a pessoa pode não ter qualquer controlo. As expectativas de auto-eficácia referem-se à convicção de que a própria pessoa é capaz do comportamento necessário para gerar o resultado. Esta distinção é importante, porque um indivíduo pode acreditar que uma acção levará a um resultado, mas duvidar da sua capacidade para realizar a acção (Hall e Campbell, 2000).

Bandura supõe que a auto-eficácia afecta, quer o início, quer a persistência do comportamento. Os indivíduos temem e evitam as situações que entendem como excedentes das suas habilidades, por outro lado, realizam com confiança as situações que acreditam poder dominar. Além disso as expectativas de eficácia determinam o quanto os indivíduos se irão esforçar e persistir num comportamento. A auto-eficácia percebida, não garante o sucesso, no entanto, fornecidas as habilidades necessárias e os incentivos adequados, as expectativas de eficácia são um determinante na escolha, pelo

indivíduo, da actividade, de quanto esforço vai dispensar e de quanto tempo vai manter o esforço de lidar com a situação a que se propôs (Hall e Campbell, 2000).

O conceito de auto-eficácia tem provado ser um constructo bastante versátil e heurístico, com aplicações em muitas áreas e especialidades da psicologia. Apesar das primeiras pesquisas se centrarem no domínio da ansiedade e controlo da ansiedade, as investigações posteriores estenderam o conceito para os domínios da aprendizagem da educação, das organizações, aconselhamento e psicoterapia, controlo e manutenção da saúde (Lent & Maddux, 1997; Schwarzer & Fuchs, 1996).

Em qualquer dos domínios a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. Quando se acredita que se pode actuar para resolver um problema, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão. Níveis diversos de auto-eficácia podem promover ou limitar a motivação para agir. De acordo com o modelo de cognição social, prevê-se que uma auto-eficácia elevada se relacionaria com melhor qualidade de saúde, com realização escolar ou com integração social. A aquisição de um sentido de auto-eficácia deriva da avaliação das experiências pessoais, dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelos outros significativos (Bandura, 1978, 1989).

Segundo a perspectiva de aprendizagem social de Bandura, outro aspecto importante é saber como se formam ou de que fontes se originam as crenças de auto-eficácia. Segundo Bandura (1986), acompanhado por todos os autores que têm trabalhado nessa linha de estudos, quatro são as fontes que dão origem a essas crenças: as experiências de êxito ou mestria, experiências vicariantes, persuasão verbal e reacções fisiológicas ou emocionais. Elas podem actuar de forma independente ou combinada (Bzuneck, 2003)

As experiências de mestria constituem o método mais efectivo de induzir o domínio, porque baseiam em experiências reais de domínio. Quando o indivíduo experimenta repetidos sucessos, é provável que se desenvolvam fortes expectativas ou crenças de eficácia relativamente às tarefas executadas. Especialmente se ele atribuir o sucesso aos seus próprios esforços e não à intervenção de algum factor externo. Em situações posteriores os indivíduos irão agir em função das crenças criadas, o sucesso no desempenho aumenta as crenças de eficácia do indivíduo e o fracasso diminui-a (Bandura, 1977).

As experiências vicariantes referem-se à aprendizagem do indivíduo obtidas através da observação de modelos. A observação de alguém a desempenhar determinada actividade com sucesso sugere ao indivíduo que ele também será capaz de se submeter a desafios semelhantes e assim adquirir motivação para realizar a tarefa. Por outro lado, se ele observa fracassos no desempenhar da actividade, facilmente concluirá que ele também não terá êxito, caso se julgue a um nível semelhante aos indivíduos observados; a previsão neste caso é de que deixará de se empenhar na tarefa. As experiências vicariantes representam uma força apenas relativa de influência sobre a auto-eficácia, porque podem ser anuladas por experiências reais (Schunk, 1991).

A persuasão verbal refere-se ao desenvolvimento de auto-eficácia quando, de alguma forma, for comunicado, ao indivíduo, que ele possui as capacidades de realizar determinada tarefa. Entretanto, tais informações serão realmente convincentes se partirem de alguém que goze credibilidade e, principalmente, se existir comprovação pelos factos (Bzuneck, 2003).

As reacções fisiológicas ou emocionais, como os sintomas de ansiedade, quando percebidos pelo indivíduo, simbolizam vulnerabilidade e assim levam a julgamentos de baixas capacidades numa dada situação (Hall e Campbell, 2000).

Em relação a esses quatro factores, Bandura (1986) completa que a informação adquirida dessas fontes não influencia a auto-eficácia de modo automático, mas através de um processamento cognitivo pelo qual o indivíduo pondera, por um lado, as suas próprias aptidões percebidas e as suas experiências passadas e, por outro lado, diversos componentes da situação, tais como a dificuldade da tarefa, o grau de exigência e a possível ajuda que possa receber. Do emparelhamento entre as suas potencialidades percebidas e as condições pertinentes à tarefa resultará um julgamento positivo ou negativo, das suas próprias capacidades de controlar a situação.

As crenças de auto-eficácia são tidas como variando de acordo com o nível, a força e a generalidade. O nível de auto-eficácia diz respeito às crenças relativas ao grau de dificuldade da tarefa que a pessoa se sente capaz de desempenhar, e a força à estimativa do grau de confiança da pessoa no desempenho com sucesso de determinadas tarefas. A generalidade caracteriza-se como sendo a extensão ou conjunto de situações em que a pessoa se considera eficaz (Bandura, 1977).

Por isso, a crença de auto-eficácia é uma inferência pessoal ou um pensamento, que assume no final a forma de uma frase ou proposição mental, como resultado de um processamento dessas informações, isto é, de uma ponderação de diversos factores pessoais e ambientais (Bzuneck, 2003).

As crenças de auto-eficácia, porém, não equivalem a auto-conceito pois, mesmo quando relativo a uma área ou domínio específico, este último constructo ainda se reveste de características mais genéricas que a percepção de auto-eficácia, que varia conforme as tarefas, os níveis diversos de exigência e as circunstâncias em que ocorrem. Assim, auto-eficácia e auto-conceito, embora tenham alguns aspectos em comum, são dois constructos distintos. E as técnicas de mensuração de auto-eficácia devem preferencialmente focalizar situações bem especificadas, dado que é em relação a elas que a pessoa se julga ou não capaz (Bandura, 1986; Pajares, 1996; Schunk, 1991).

Portanto, a crença de auto-eficácia restringe-se, a cada caso, a uma tarefa bem específica com que a pessoa se defronta, enquanto o auto-conceito, mesmo quando se refere a áreas específicas, ainda têm um carácter mais genérico do que auto-eficácia. Mas, embora distintos, esses constructos não são antagónicos. Ao contrário, para a motivação ambos actuam de forma complementar.

TEORIAS DE DESENVOLVIMENTO DA CARREIRA DE SUPER

Super foi, provavelmente, o autor que maior influência teve na teoria do comportamento vocacional no decurso do séc. XX. As suas contribuições para a teoria e para a prática da psicologia vocacional abarcaram mais de cinquenta anos de actividade, e prolongaram-se até ao momento da sua morte, que ocorreu em 1994.

Modelo do Arco-Íris da Carreira

A teoria do espaço de vida e do ciclo de vida (life space/life span) do desenvolvimento da carreira, apesar do seu carácter segmentado é uma das teorias da carreira contemporâneas mais compreensivas e complexas. Distingue-se das restantes abordagens do comportamento vocacional por ter desde o início esposado uma perspectiva do desenvolvimento encarando a escolha de uma ocupação como um processo que se desenrola ao longo do tempo. A ênfase da teoria é colocada na continuidade do desenvolvimento humano e incide na progressão da escolha, entrada, adaptação, e transição para novas escolhas através de todo o ciclo de vida (Silva, 2004).

Em 1953, Super apresentou um conjunto de 10 premissas, mais tarde (1957) alargado a 12. Em 1990, o número de proposições acerca das suas concepções sobre o desenvolvimento da carreira era de 14. As proposições inicialmente enunciadas foram alargadas a fim de clarificar e denotar a evolução do seu modelo conceptual (Rafael,

2001). Formalmente a teoria de Super pode sintetizar-se através de catorze premissas ou proposições fundamentais (Super, 1990) que se evidenciam no quadro 1.

Quadro 1. Resumo das proposições de Super sobre o desenvolvimento de carreira

1. As pessoas diferem em termos das suas capacidades e personalidades, necessidades, valores, traços e auto-conceitos.
2. As pessoas estão qualificadas, por virtude dessas características, cada uma para um certo número de ocupações.
3. Cada profissão requer um padrão característico de capacidades e de traços de personalidade, com níveis de tolerância suficientemente amplos de forma a permitir uma certa variedade de ocupações para cada indivíduo assim como alguma variedade de indivíduos em cada ocupação.
4. As preferências e as competências vocacionais, as situações nas quais as pessoas vivem e trabalham, e portanto os seus auto-conceitos modificam-se com o tempo e as experiências, embora os auto-conceitos enquanto produtos da aprendizagem social sejam crescentemente estáveis desde o final da adolescência e durante os anos da vida adulta, providenciando dessa forma alguma continuidade nas escolhas e na adaptação.
5. Este processo de mudança pode ser sumariado numa série de estádios de vida (um “maxiciclo”) caracterizado como uma sequência de Crescimento, Exploração, Estabelecimento, Manutenção e Declínio, e, estes estádios podem por sua vez subdividir-se em períodos caracterizados por tarefas de desenvolvimento. Um ciclo menor (mini) tem lugar durante as transições de carreira de um estádio para o seguinte ou em cada vez que a carreira dos indivíduos é desestabilizada por doença ou incapacidade, redução da força do trabalho pelo empregador, mudanças sociais nas necessidades de recursos humanos, ou outros acontecimentos sócio-económicos ou pessoais. Estas carreiras instáveis ou de ensaio múltiplo envolvem a reciclagem de novo crescimento, reexploração, e reestabelecimento.
6. A natureza do padrão da carreira - isto é, do nível ocupacional atingido e da sequência, frequência e duração de empregos de ensaio e estáveis - é determinado pelo nível sócio-económico parental do indivíduo, capacidade mental, educação, habilidades, características da personalidade (necessidades, valores, interesses e auto-conceitos), maturidade da carreira e pelas oportunidades às quais está exposto.
7. O sucesso para lidar com as exigências do ambiente e do organismo em dado contexto e em qualquer fase da carreira depende da preparação (readiness) do indivíduo para lidar com tais exigências (isto é, da sua maturidade de carreira).
8. A maturidade de carreira é um constructo psicossocial que denota o grau de desenvolvimento vocacional de um indivíduo ao longo do contínuo dos estádios de vida e dos sub-estádios do Crescimento até ao Declínio. Psicologicamente, possui uma componente cognitiva e outra afectiva. Inclui o grau de sucesso para lidar com as exigências de fases e subfases anteriores do desenvolvimento da carreira e, especialmente, com as exigências da mais recente.
9. O desenvolvimento ao longo dos estádios de vida pode ser guiado, em parte facilitando a maturação das capacidades, interesses, e recursos de coping e em parte ajudando no teste da realidade e no desenvolvimento dos auto-conceitos.
10. O processo do desenvolvimento da carreira é essencialmente o de desenvolver e o de implementar os auto-conceitos profissionais. É um processo de síntese e de compromisso no qual o auto-conceito é um produto da interacção das aptidões herdadas, da constituição física, oportunidade para observar e para desempenhar vários papéis e das avaliações da extensão da aprovação relativa aos resultados dos papéis desempenhados por parte de superiores e dos pares (aprendizagem interactiva).
11. O processo de síntese ou de compromisso entre o indivíduo e os factores sociais, entre os auto-conceitos e a realidade, é um processo de desempenho de papéis e de aprendizagem com retro-informação, quer o papel seja desempenhado em fantasia, na entrevista de aconselhamento, ou em actividades da vida do dia-a-dia como nas aulas, clubes, trabalho em tempo parcial, e em empregos iniciais.
12. As satisfações com o trabalho e as satisfações com a vida dependem da extensão em que um indivíduo encontra saídas adequadas para as capacidades, necessidades, valores, interesses, traços da personalidade, e auto-conceitos. As satisfações dependem do estabelecimento num tipo de trabalho, uma situação de trabalho, e um modo de vida no qual uma pessoa pode desempenhar o papel que as experiências de crescimento e de exploração levaram a considerar congénitas e apropriadas.
13. O grau de satisfação que as pessoas atingem no trabalho é proporcional ao grau em que elas foram capazes de implementar os auto-conceitos.
14. O trabalho e a profissão providenciam um ponto focal para a organização da personalidade da maioria dos homens e das mulheres, embora para alguns indivíduos este foco seja periférico, incidental, ou mesmo inexistente. Então outros focos, tais como actividades de tempos livres e domésticas, podem revelar-se centrais. Tradições sociais, tais como estereótipos e modelos relacionados com os papéis sexuais, enviesamentos raciais e étnicos, e a estrutura de oportunidades, assim como as diferenças individuais são determinantes importantes das preferências para tais papéis como os de trabalhador, estudante, usuário de tempos livres, casa e família, e cidadão.

Fonte: Super (1990). Tradução de Duarte (1993).

Segundo Super (1994), podemos identificar, nestas 14 proposições, 11 afirmações relacionadas com as teorias de traço-factor, 22 com as teorias desenvolvimentistas, 4 com as teorias de aprendizagem social e 2 com as abordagens psicodinâmicas. Como Super (1994, p.64) afirma “só quando fizermos uso de todos esses campos, e também de

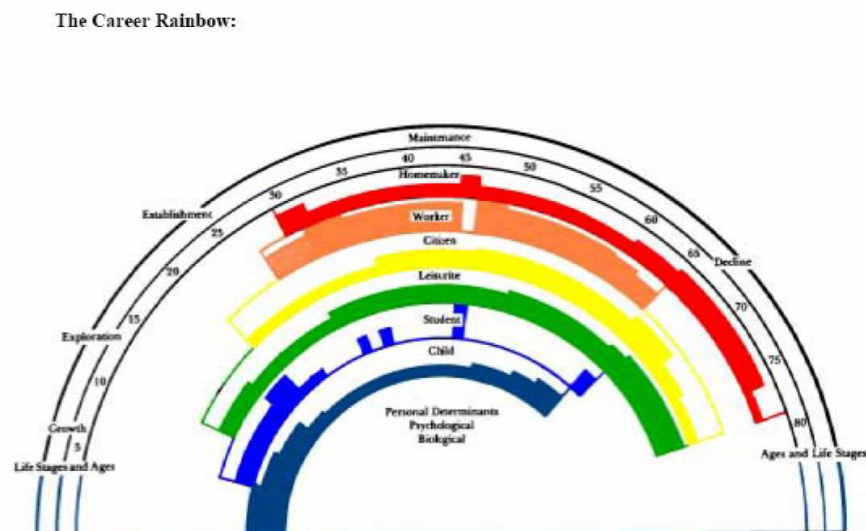
aspectos das teorias económicas e sociológicas é que eventualmente construiremos uma teoria do desenvolvimento vocacional que lide adequadamente com os complexos processos mediante os quais os indivíduos progridem através da sequência de posições que constituem uma carreira”.

Segundo define Super (1983, p.7), “carreira é uma sequência de posições ocupada por uma pessoa ao longo da sua vida pré-profissional, profissional e pós-profissional. Inclui papéis relacionados com o trabalho, tais como os de estudante, trabalhador, pensionista ou reformado”.

O modelo do espaço de vida (*life space*) e do ciclo de vida (*life span*) estabelece uma articulação entre a psicologia dos estádios de vida (psicologia do desenvolvimento) e a teoria dos papéis sociais (sociologia), desta forma oferecendo uma imagem compreensiva das carreiras com múltiplos papéis, conjuntamente com os seus determinantes e interações.

Este modelo é representado graficamente através do Arco-Íris da carreira, apresentado por Super em 1976 (Figura 1).

Figura 1. Representação gráfica do Arco-Íris da carreira (Silva, 2004)



O Arco-Íris da carreira tem duas dimensões primárias, curso da vida e espaço da vida, ou abreviadamente, tempo (dimensão longitudinal) e espaço (dimensão latitudinal).

A dimensão respeitante ao espaço da vida revela os papéis desempenhados pelos indivíduos. Ou seja, preocupa-se com a descrição e a interpretação da situação social na qual vive o indivíduo. A dimensão longitudinal, o curso da vida, descreve os estádios da vida e delimita-os de modo a que estes coincidam com a infância, adolescência, adultez, meia idade e a velhice. A dimensão temporal adiciona uma perspectiva desenvolvimentista que incide sobre o modo como as pessoas mudam e como fazem as transições à medida que se preparam, envolvem e reflectem sobre os seus papéis de vida, especialmente sobre o papel de trabalho (Super, 1990).

A terceira dimensão da teoria focaliza o *self*, o integrador da experiência. Os auto-conceitos permitem dar conta da perspectiva subjectiva do indivíduo acerca dos determinantes pessoais e situacionais da carreira (Silva, 2004).

A Perspectiva Life – Space

O espaço da vida (life space), representado a dimensão vertical do arco-íris da carreira e identifica o conjunto das posições sociais ocupadas e dos papéis desempenhados num dado período de vida e ao longo da vida.

De acordo com Super (1980), os indivíduos desempenham vários papéis ao longo do ciclo de vida e alguns desses papéis (papel de filho) iniciam-se desde cedo, enquanto outros surgem mais tarde (papel de trabalhador e de reformado). Vários papéis podem ser desempenhados em simultâneo (marido ou mulher, pai ou mãe e trabalhador) embora em algumas fases da vida possa existir o desempenho de apenas um papel (o de

criança enquanto neo-natal). Super identifica nove papéis principais desempenhados em quatro cenários ou teatros. Num dado momento do ciclo de vida pode coexistir um número variado de papéis em combinações também variadas. Estes papéis, ordenados cronologicamente, surgem na sequência: 1- criança (incluindo filho ou filha); 2- estudante; 3- tempos livres; 4- cidadão; 5- trabalhador (incluindo desempregado e não-trabalhador como formas de desempenhar o papel); 6- cônjuge; 7- doméstico; 8-pai e 9-reformado. No entanto, estes nove papéis não esgotam a totalidade de possibilidades e nem todos os indivíduos desempenham todos os papéis possíveis (como exemplo, o papel de pai ou cônjuge).

Os papéis são desempenhados em teatros (como exemplo, casa, escola, comunidade, local de trabalho) e, normalmente num determinado teatro, embora um mesmo papel possa decorrer em vários teatros diferentes (o papel de pai é desempenhado em casa mas também pode ser na escola) (Super 1980).

A combinação de vários papéis, simultaneamente, em determinadas etapas da vida, pode não só reduzir o compromisso com algum(s) como pode conduzir a um conflito de papéis. Deste modo, os vários papéis desempenhados simultaneamente poderão conduzir a um conflito ou, por outro lado, a um sentimento de plenitude e realização. O conflito irá surgir em virtude da dificuldade que o indivíduo sente em compatibilizar os compromissos simultaneamente (Super, Savickas e Super, 1996).

O arco-íris da carreira conduziu ao modelo da saliência de papéis, que se centra no indivíduo e na perspectiva com que as pessoas se regem aos espaços de vida. Os papéis são oportunidades de realização das capacidades, dos interesses e dos valores individuais.

A Perspectiva Life-Span

A estrutura da vida (life span) remete-nos para o processo de maturação individual, isto é, para as fases de desenvolvimento.

De acordo com Super (Super, Savickas e Super, 1996), as carreiras desenvolvem-se à medida que os indivíduos dominam desafios lançados pelo processo de maturação psicossocial e pela adaptação cultural. Estes desafios assumem, na maior parte das vezes, a forma de exigências de mudanças, podem ser lícitos por tarefas desenvolvimentistas livremente associadas à idade cronológica ou por tarefas adaptativas imprevisíveis, não relacionadas com a idade e não ocorrendo numa progressão linear. Cada fase de desenvolvimento caracteriza-se por tarefas específicas, todavia, cada uma destas tarefas principais pode subdividir-se em três ou quatro tarefas de desenvolvimento importantes, estas podem definir-se como expectativas sociais acerca de como preparar-se para o trabalho, como envolver-se neste e, ainda, reflectir sobre como ter uma produtiva vida de trabalho (Super, 1990).

Durante o estágio do crescimento (0-14 anos) começa a desenvolver-se o auto-conceito vocacional da criança através de múltiplos processos, tais como a identificação. Este estágio inclui quatro tarefas de desenvolvimento: começar a preocupar-se com o futuro, aumentar o controlo pessoal sobre a própria vida, convencer-se da importância de ter sucesso na escola e no trabalho, e adquirir hábitos e atitudes competentes de trabalho (Super, 1990).

O estágio da exploração (15-24 anos) prolonga-se desde a adolescência ao início da idade adulta. Durante este estágio os indivíduos exploram o seu próprio self, os papéis ocupacionais das outras pessoas, e o mundo do trabalho. Fontes de dados sobre o auto-conceito vocacional são os contactos com os outros, actividades, experiências, e o

desempenho de papéis na casa, na escola e no trabalho a tempo parcial. De início as escolhas ocupacionais são experimentais e ensaiadas na fantasia, nas conversas com os outros e através da experimentação de papéis. Na fase de transição as considerações da realidade tornam-se mais importantes à medida que o jovem procura implementar o auto-conceito vocacional. Segue-se um período destinado ao ensaio da implementação do auto-conceito na ocupação escolhida. Cristalização, especificação e implementação da escolha vocacional são as principais tarefas deste estágio (Super, 1990).

Durante o estágio do estabelecimento (25-44 anos) o indivíduo, tendo encontrado um campo apropriado realiza todos os esforços para nele permanecer. Embora possam existir movimentos de tentativa, e até de retirada, esta fase caracteriza-se fundamentalmente pelas subfases: tentativa e estabilização, mediante processos de aculturação e conseqüente desempenho satisfatório na organização; pela consolidação, caracterizada por atitudes positivas em relação ao trabalho desempenhado na organização e, também, aos colaboradores à medida que o padrão de carreira se torna progressivamente mais claro; finalmente, pela subfase, promover, ao longo da qual tendo o indivíduo atingido uma posição estável e segura no contexto organizacional, aspira a níveis superiores de responsabilidade, autonomia e remuneração constituindo-se, muitas vezes, este período como o mais criativo da carreira (Super, 1990).

No estágio da manutenção (idade 45-64) o indivíduo provavelmente estará bem estabelecido no plano do seu self vocacional e a tarefa crucial poderá ser menos a de abrir um novo caminho do que a de preservar com sucesso um auto-conceito existente. Todavia, podem surgir novos desafios. Este estágio engloba duas tarefas: actualizar e inovar. A decisão de permanecer em determinada profissão e/ou organização não exclui a necessidade de inovar e actualizar, através da aquisição de novos modos de actuar, de desempenhar tarefas de forma diferente da rotineira, de obter novas competências. No

caso de não actualização, não inovação, o indivíduo está sujeito a ficar parado numa plataforma de carreira, num mundo caracterizado por rápidas mudanças tecnológicas (Super, 1990).

O estágio de declínio (idade superior a 65 anos) envolve as tarefas de desenvolvimento da carreira de desaceleração, planeamento da aposentação, e vida como aposentado. Este estágio caracteriza-se por um abrandamento dos processos físicos e mentais e uma diminuição energia. A tarefa principal é, provavelmente, adaptar-se a um novo self através das mudanças no auto-conceito existente, preparando-se para a assunção de novos hábitos de vida (Super, 1990).

Em suma, o espaço de vida e o ciclo de vida podem ser usados como coordenadas com base nos quais poderemos reconhecer o estatuto actual do indivíduo e a partir dos quais poderemos projectar a sua trajectória de carreira.

É de salientar, que o conceito de ciclo de vida não pode ser tomado com delimitações absolutas, quer em termos etários, quer no que se refere aos papéis desempenhados. É possível considerar transições na vida dos indivíduos, mediante cada fase, ao longo das quais se processam fenómenos de reexploração e de restabelecimento, mini-ciclos implicando reciclagem (Rafael, 2001).

Modelo do Arco Normando da Carreira

Super elaborou um modelo onde se evidencia os aspectos de natureza segmental do desenvolvimento de carreira de uma forma unificada e desenvolvimentista, o arco normando da carreira.

No modelo do arco normando da carreira, as bases são representadas por três grandes pedras que pretende simbolizar os alicerces biológicos e geográficos do desenvolvimento humano, a pessoa (características psicológicas) e a sociedade (recursos económicos, estrutura económica, instituições sociais, etc).

A personalidade é o constructo global utilizado para englobar todas as características (necessidades, inteligência, valores, interesses, aptidões, aptidões específicas, auto-conceitos), que constituem o indivíduo e é representada graficamente na coluna da esquerda. A coluna que representa a sociedade e as suas componentes (comunidade, economia, escola, família, mercado de trabalho, etc) representa a soma dos determinantes sociais, é simbolizada através das práticas de emprego, e está representada na coluna da direita. Existe uma interacção entre a sociedade e o sujeito, funcionando o indivíduo como uma unidade na sociedade, ao mesmo tempo que prossegue a sua carreira (Rafael, 2001).

No centro do arco, está representado a pessoa, que é resultado de processos de desenvolvimento através de fases (representadas nas colunas da direita e esquerda) e nas quais desempenha vários papéis e desenvolve conceitos de si próprio em cada um desses papéis (Rafael, 2001).

Assim, o modelo do arco normando da carreira refere-se ao desenvolvimento da carreira em termos de ciclo de vida (life-span) e espaço de vida (life-space), integrando o conceito de saliência de papel e a consideração dos determinantes pessoais e situacionais da escolha, inserindo-o num processo de desenvolvimento vocacional, que é, essencialmente, o desenvolvimento e implementação do conceito de si (Super, 1990).

Modelo da Personalidade

O modelo da estrutura da personalidade de Super destaca as necessidades, os valores e os interesses como as dimensões constituintes da personalidade. O sistema das necessidades, dos valores e dos interesses formam a “matriz motivacional” que irão explicar as escolhas e o comportamento vocacional do indivíduo (Teixeira, 2004).

Neste processo, as necessidades dirigem as acções e justificam de forma geral o comportamento do indivíduo, os valores representam os objectivos e evidenciam a importância que o indivíduo detém sobre determinada situação; os interesses são os meios escolhidos para atingir os valores e a satisfação das necessidades. Este representa um processo dinâmico, envolvendo compromisso e compatibilidade com a realidade (Teixeira, 2004).

Super organiza, as dimensões referidas anteriormente, numa hierarquia, onde as necessidades representam dimensões de ordem superior relativamente aos valores e aos interesses (Teixeira, 2000). A necessidade é definida como “a falta de algo que, se estivesse presente, contribuiria para o bem-estar do indivíduo e que é acompanhada por um impulso (*drive*) para fazer algo em relação a ela” (Super, 1973, p.189). As necessidades levam o indivíduo a agir, sendo os comportamentos daí decorrentes dirigidos a objectivos formulados em termos genéricos (valores – os objectivos que o indivíduo procura atingir para satisfazer uma necessidade) ou em termos mais específicos (interesses – actividades específicas e objectos através dos quais se podem atingir os valores e satisfazer as necessidades) (Barros, 2007).

Deste modo, as dimensões necessidades, valores e interesses, consideradas como a “matriz motivacional”, surgem nos modelos desenvolvimentistas da Psicologia das

carreiras como factores individuais, fazendo parte das dimensões da personalidade. Estas dimensões juntamente com outros determinantes, como, as aptidões ou os factores culturais, sociais e económicos, e num processo de integração contínua realizado pelo próprio indivíduo a partir das suas percepções de si e do meio, representam o processo de desenvolvimento da carreira (Barros, 2007).

Valores

Para Super (1970, p.4), os valores são “as qualidades que as pessoas desejam e que procuram nas actividades que empreendem, nas situações em que vivem e nos objectos que fazem ou adquirem. Os valores estão relacionados com os interesses, mas diferem deles porque são as qualidades procuradas e não as actividades ou objectos que as traduzem (*embody*): são, assim, mais fundamentais”. Os valores são definidos como objectivos abstractos e desejáveis, são tidos em consideração como constructos hipotéticos, importantes na análise do comportamento, no entanto, não observáveis directamente. e que são evidenciados através dos comportamentos. Segundo Allport “os valores são os *termini* das nossas intenções” (1966, p.90).

Como variáveis cruciais no desenvolvimento da carreira, os valores adquirem um papel fundamental no processo de tomada de decisão, tendo em consideração que estes representam a base do estabelecimento de objectivos e reflectem as necessidades do indivíduo. Embora representem factores individuais na forma de objectivos genéricos que influenciam as escolhas situados entre os interesses e as necessidades (de acordo

com o modelo hierárquico de Super, 1973), os valores resultam, também, de uma partilha social de códigos e de normas, revestindo-se de um componente cultural que se evidencia em muitos estudos transnacionais.

O estudo dos valores teve origem em 1978, no Congresso Internacional de Psicologia Aplicada em Munique, no âmbito do projecto WIS. O estudo internacional WIS reuniu equipas de vários países de diferentes continentes, tendo onze desses países levado o projecto até ao final. No projecto WIS estabelecem-se como objectivos primordiais o estudo da importância do trabalho num conjunto de outros papéis e dos valores procurados na vida, bem como a construção de instrumentos de avaliação psicológica (Ferreira Marques, 1982; Nevill e Super, 1986).

O estudo dos valores no projecto WIS fundamenta-se no modelo da personalidade organizada em necessidades, em valores e em interesses e relacionado com a motivação no trabalho, e com os comportamentos de carreira indissociáveis, em si mesmos, do comportamento geral e humano (Super, 1995). A definição de valor é desde o início do projecto WIS, uma preocupação dos investigadores, no entanto foram as concepções de Spranger e de Allport, Vernon e Lindzey, que mais determinaram o conceito de valor adoptado, e definido como: “um objectivo (um estado psicológico, uma relação, ou uma condição material) que se procura atingir ou obter” (Super, 1980, p. 82).

No projecto do *Work Importance Study* os valores são conceptualizados como uma dimensão de personalidade, sendo estes resultantes dos processos de socialização, e estabelecidos em conjuntos organizados de crenças, opiniões e atitudes sobre as preferências individuais, que podem ser relativamente estáveis ou mudar com a idade e a experiência (Sverko & Vidović, 1995).

PAPÉIS DE VIDA

Allport (1966, p.232) define papel como sendo “um modo estruturado de participação na vida social”. A vida pessoal pode ser encarada como uma sucessão de papéis, que ligam o indivíduo a uma complexa série de sistemas sociais, apesar de, por vezes poder existirem conflitos entre os vários papéis desempenhados pelo indivíduo.

A interacção dos papéis surge na gestão do dia-a-dia e no facto da escolha de alguns papéis estar intrinsecamente ligado à de outros. As interacções das variáveis pessoais, (aptidões, interesses e valores) e situacionais (família e comunidade) podem ser mínimas ou extensivas, de apoio ou suplementares, compensatórias ou neutras, ou ainda de natureza conflituosa (Super, 1996).

O papel está relacionado com as expectativas sociais para ocupar certa posição dentro de um grupo. O modelo de Super utiliza de uma forma bastante evidente o conceito de papel, utilizando-o como elemento principal de explicação. Segundo este modelo, os papéis constituem componentes das carreiras e são definidos em termos das expectativas e dos desempenhos de determinadas tarefas dirigidas para objectivos desejados. Tanto as expectativas como os desempenhos referentes a um papel específico podem variar com a idade e com a fase de desenvolvimento da carreira, na qual o indivíduo se encontra. As expectativas são individuais e colectivas no que diz respeito às tarefas que deverão ser executadas em cada papel e os critérios de avaliação do desempenho dos papéis podem ser intrinsecamente do próprio (satisfação adquirida pelo indivíduo no desempenho do papel), exteriores (por outros indivíduos exteriores ao indivíduo), ou intermédios (como o tempo e o investimento afectivo no papel) (Gouws 1995).

As posições que definem um papel podem alterar-se várias vezes ao longo da vida de um indivíduo, isto surge quando, por exemplo, se muda de emprego ou mesmo de profissão.

As mudanças nos contextos também levam a processos de alteração nas expectativas relacionadas com os papéis. Nesta perspectiva, também se pode afirmar que o contexto social, cultural e histórico representa outro factor condicionador das expectativas relacionadas com um determinado papel. Todas as mudanças que acontecem nos papéis podem ocorrer de um modo mais rápido e com menos rupturas do que outros (Gouws, 1995).

Tendo em consideração uma perspectiva cognitiva, onde o indivíduo é perspectivado segundo uma atitude activa e auto-determinada, os critérios internos da avaliação do desempenho relacionam-se com: “(a) a própria escolha de um papel, quando esta é possível; (b) com o investimento feito, comparando ao que a pessoa desejaria; (c) o grau de controlo que se possui sobre este investimento; (d) como este controlo é percebido pelo indivíduo; (e) o apoio, a camaradagem e o reconhecimento recebidos de pessoas com que se interage; (f) a natureza e significado que se retira da participação num papel, o grau de realização experienciada; as recompensas externas recebidas e (g) pelo grau de congruência pessoa-papel-contexto” (Gouws, 1995, p.30).

Os papéis de vida constituem um espaço de realização pessoal e de satisfação de desempenho; cada um desses identificados no arco-íris da carreira proporciona oportunidades para a utilização das capacidades, dos interesses e dos valores pessoais. A diversidade de papéis de vida existentes possibilita, não só, a sua escolha e desempenho simultâneos, mas também o alcance dos valores pessoais prioritários (Gouws, 1995).

A teoria dos papéis tem-se centralizado na análise das relações de conflito que podem ocorrer entre papéis e a forma de lidar com as mesmas. Segundo Gouws (1995), estas situações podem estar relacionadas com: “conflitos pessoa-papel (quando as aspirações de uma pessoa conduzem a concepções e comportamentos inaceitáveis para os restantes membros do contexto onde o papel é desempenhado); conflitos intra-remetente (uma pessoa manifesta exigências mutuamente contraditórias a respeito de um papel); conflitos inter-remetente (situação em que as pessoas apresentam expectativas diferentes para o mesmo papel); e finalmente conflitos inter-papéis, (as exigências de um papel são incompatíveis com as de outros desempenhado pela mesma pessoa)”.

Pode ocorrer ainda, “sobrecarga de tarefas relativas aos vários papéis por surgirem outros tipos de exigências de papéis, ou por haver ambiguidade dos papéis e falta de articulação entre papéis complementares (não haver correspondência entre os comportamentos interactivos de pessoas que desempenham papéis interdependentes) ou papéis suplementares (os pontos fracos de uma pessoa face a determinada área são complementares com os pontos fortes de outra na mesma área)” (Gouws, 1995).

As situações de conflito são quase sempre relacionadas com aspectos disfuncionais e encontra-se subjacente à ideia de que esta situação dificulta o desempenho e nesse sentido pode ser insatisfatório e stressante. No entanto e segundo Gouws (1995), a tensão resultante das exigências dos diferentes papéis, a falta de articulação entre papéis complementares e suplementares, não é apenas um facto de vida como pode ser uma oportunidade que estimulará o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo.

Pode-se encontrar diferentes formas de lidar com as situações de conflito, dependendo das pessoas, das situações e dos contextos. Deste modo, como

característica comum Gouws (1995, p.40), propôs que se deverá ter em consideração que “(a) a identificação das exigências dos emissores, tendo em conta a percepção que o indivíduo tem acerca dessas exigências; (b) a avaliação dos recursos internos (valores, atitudes, interesses, conhecimentos e competências, personalidade e energia) e externos (sistemas potenciais de apoio); (c) o comportamento actual em relação a determinado papel que envolve o equilíbrio entre as exigências dos “remetentes” e a concepção do papel por parte da pessoa; administrar conflitos inevitáveis entre “remetentes” (aqueles que não são resolvidos por identificação das exigências); separação, combinação, adição ou integração de papéis; controlo das características sequenciais e simultâneas do desempenho dos papéis e (d) a resistência ao stress”.

A avaliação da importância relativa dos papéis efectua-se com base no *Salience Inventory*, que em Portugal tem a designação do inventário sobre a Saliência das Actividades; desenvolvido no âmbito do estudo de investigação internacional Work Importance Study (WIS) que se iniciou em 1979 sob a coordenação do Professor Donald Super.

A definição inicial de saliência proposta por Super ocorre na sequência de diferenciação de conceitos similares utilizados no estudo da importância do papel de trabalhador, como a saliência do trabalho, o envolvimento no trabalho, a adesão à organização, à carreira e à profissão, o trabalho como interesse central da vida. (Kidd e Knasel, 1979).

O conceito de saliência dos papéis inscreve-se directamente no modelo da importância dos papéis e no modelo de saliência dos papéis desenvolvidos e aperfeiçoados no âmbito do WIS e, directamente relacionados com o modelo de arco-

íris da carreira, já referido, após vários aperfeiçoamentos de modelos iniciais (Marques e Miranda, 1995).

Em Dezembro de 1979, Kidd e Knasel apresentaram o modelo de saliência do trabalho desenvolvido com base na revisão da literatura, previamente efectuada. A consideração de que o modelo inicial não referia a relativa importância dos vários papéis levou a uma alteração da terminologia. O novo modelo passou a representar a importância em vez da saliência do papel (Knasel, Super e Kidd, 1981).

O modelo da importância dos papéis é constituído por três níveis, no primeiro situam-se a adesão (componente afectiva, ligação emocional a um papel), a participação (uso de tempo e esforço no desempenho de um papel) e o conhecimento (componente cognitiva envolvendo informação e compreensão de um papel). No segundo nível encontram-se três outras componentes, cada uma consistindo na combinação de dois dos conceitos que se encontram no primeiro nível, são eles: Envolvimento (adesão e participação), interesse (Adesão com algum conhecimento ou alguma participação) e compromisso (participação com conhecimento). A importância, que representa o terceiro nível, consiste na combinação de envolvimento, interesse e compromisso (Ferreira Marques, 1982).

AS CRENÇAS DE AUTO-EFICÁCIA NOS PAPÉIS DE VIDA

A teoria dos papéis tem centralizado a sua atenção na importância que a eficácia e a satisfação têm, como componentes de avaliação no desempenho dos papéis que o indivíduo desenvolve. Deste modo a percepção da auto-eficácia ligada ao desempenho dos papéis constitui um aspecto de extrema relevância para a satisfação, proporcionando deste modo, uma ligação ao critério de eficácia (Gouws, 1995).

Um aspecto bastante importante e que é referido pela teoria dos papéis, diz que a satisfação resultante do desempenho de determinado papel de vida pode influenciar a satisfação associada ao desempenho de outros papéis (Gouws, 1995)

As crenças de eficácia no desempenho dos papéis são consideradas uma fonte de satisfação para a estrutura de vida do indivíduo. Assim, o desempenho dos papéis requer esforços cognitivos, comportamentais e emocionais para lidar, mudar, tolerar ou mesmo gerir, eficazmente as exigências dos papéis de vida. Os esforços para desempenhar com êxito os papéis de vida, dependem de factores pessoais, situacionais e contextuais (Gouws, 1995).

De acordo com Nevill (1997) a relação dos papéis implica que o sucesso num determinado papel pode influenciar o sucesso noutros papéis e da mesma forma, as dificuldades sentidas no seu desempenho poderão contribuir para uma dificuldade no desempenho de outros papéis.

Atendendo às investigações relativas à auto-eficácia nos papéis de vida, realizadas anteriormente, pode-se mencionar os estudos em amostras portuguesas de estudantes do ensino secundário de Vale (1997) e Candeias (2000) que utilizaram o Inventário de

Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis da Carreira. Nos adolescentes, emergem como mais salientes as Crenças de Auto-Eficácia no Papel de Tempos Livres seguido de Trabalhador, de Casa e Família, de Estudante e por fim de Serviço à Comunidade. No estudo de Moreira (2006) com enfermeiras, surgem como as mais salientes as Crenças de Auto-Eficácia nos Papeis de Casa e Família seguidas do Papel de Trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de síntese, a análise da literatura, centrando-se em temáticas para a conceptualização da investigação, destaca a teoria sócio-cognitiva de Bandura e o modelo do arco íris da carreira de Super e especifica conceitos como a auto-eficácia, os papéis de vida, os valores. Outra temática abordada prende-se com a formação em contexto prático e com a importância atribuída aos supervisores no processo de aprendizagem de futuros profissionais.

A partir do enquadramento teórico e considerando os conceitos nos processos motivacionais, são objectivos da investigação:

- ✓ Identificar as crenças de auto-eficácia relativamente aos papéis de vida da carreira dos enfermeiros;
- ✓ Identificar os valores de vida nos enfermeiros;
- ✓ Analisar a relação entre as crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira, os valores pessoais e a auto-avaliação relativamente à supervisão de ensinos clínicos nos enfermeiros.

INSTRUMENTOS

Este capítulo apresenta os instrumentos utilizados na investigação, nomeadamente o Questionário de dados pessoais, o Inventário da Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos, o Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros e a Escala de Valores WIS.

Questionário de Dados Pessoais

No sentido de adquirir informações mais contextualizadas e específicas da situação a estudar foi elaborado um questionário de dados pessoais. Com a elaboração deste questionário pretende-se adquirir informações sobre a amostra a estudar, nomeadamente a idade, o sexo, o estado civil, a formação académica e profissional, a formação pós-graduada, a situação profissional e a supervisão de ensinos clínicos.

O questionário é auto-descritivo, apresenta um formato de resposta fechada, onde, em algumas questões, os inquiridos tem a possibilidade de referirem outros dados. É constituído por duas partes, na primeira parte recolhem-se dados mais gerais, e a segunda parte foi realizada com base em questões que pretendiam averiguar a experiência de supervisão de ensinos clínicos de enfermagem dos participantes.

Desta forma a primeira parte do questionário destina-se à identificação dos participantes quanto às variáveis sexo, idade, estado civil, formação académica, formação pós-graduada, situação profissional (tempo global de serviço, hospital onde

exerce funções, tempo global de serviço no hospital actual e na unidade actual, categoria profissional e tipo de horário que exerce). A segunda parte do questionário inclui informação quanto à supervisão de ensinos clínicos de enfermagem, razões para a não supervisão e supervisão de ensinos clínicos de enfermagem e quais os estádios do curso de enfermagem onde existiu supervisão.

O questionário de dados pessoais foi objecto de um estudo piloto, e foram efectuadas algumas alterações, nomeadamente no que refere a alguns elementos do formato e de apresentação.

Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem

O Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de enfermagem foi elaborado através do documento elaborado pelo Professor Sérgio Soares, Enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, Pós-Graduado em Supervisão de Ensinos Clínicos e Mestre em Supervisão Clínica. O Professor Sérgio Soares exerce funções no serviço de cirurgia do Hospital de José Luciano de Castro em Anadia, e fornece este documento aos supervisores de ensinos clínicos de enfermagem dos seus alunos.

O documento original, fornecido aos supervisores clínicos de alunos de enfermagem, consta no seu formato uma nota introdutória que informa os indivíduos da importância do seu preenchimento, apelando os supervisores a expressarem as suas opiniões de uma forma reflectida e tendo como objectivo principal a melhoria da qualidade das aprendizagens e desenvolvimento de estágios.

Existe, ainda, um cabeçalho onde os supervisores irão descrever a área de estágio, a instituição e o serviço onde desempenham as suas actividades.

O questionário é constituído por seis afirmações, que foram incluídas no Inventário, e às quais o supervisor terá de assinalar com uma cruz uma entre as quatro alternativas possíveis de resposta, significando as mesmas, respectivamente: (1) Insuficiente; (2) Suficiente; (3) Bom; (4) Muito Bom.

No final do documento surge uma solicitação para a elaboração de um comentário, uma sugestão ou uma reflexão sobre o processo de supervisão que o supervisor de ensinos clínicos de enfermagem proporcionou.

A inclusão das questões levantadas por este documento no inventário desenvolvido na elaboração deste trabalho, deve-se à necessidade de compreender a percepção que os supervisores têm no modo com supervisionam os ensinos clínicos de enfermagem.

Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis da Carreira dos Enfermeiros

O Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis da Carreira dos Enfermeiros foi desenvolvido tendo como base o instrumento construído por Isabel do Vale (1997), designado Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira e que consta com duas Formas (A e B). Este instrumento foi elaborado para efectuar aos estudantes e avalia o grau de confiança dos jovens (crenças/expectativas) face ao desempenho das tarefas envolvidas nos diferentes papéis de carreira; papel de Estudante, Trabalhador, Tempos Livres, Casa e Família e Serviços à Comunidade (Moreira, 2006).

Perante as características psicométricas, cujos coeficientes *alfa de cronbach* variam entre (0,89) e (0,91), Isabel Moreira (2006), utilizou o inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira e adaptou à realidade dos enfermeiros (Moreira, 2006).

Para a elaboração dos itens da escala de Estudante e de Trabalhador, Moreira (2006), usou os conteúdos que constam das competências definidas para os enfermeiros de cuidados gerais (anexo 2), apresentado pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2003), nos domínios de “Valorização Profissional”, de “Melhoria da Qualidade” e da “Formação Contínua”. As escalas correspondentes ao papel de Tempos Livres, Casa e Família e Serviços à Comunidade, basearam-se na Forma A e na Forma B, do Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira elaborado por Isabel do Vale, adaptando os conteúdos à realidade dos adultos (Moreira, 2006).

Os coeficientes alfa de Cronbach obtidos nos resultados de Moreira variam entre (0,83) e (0,96), o que revela um indicador positivo da consistência interna da medida. As intercorrelações dos resultados de Moreira apresentam uma amplitude entre (0,12) e (0,60).

O Inventário utilizado neste estudo de investigação foi o de Crenças de Auto-Eficácia na Carreira dos Enfermeiros, desenvolvido por Moreira (2006), no entanto foi retirado na sua aplicação na amostra os itens que correspondiam à escala de Auto-eficácia no Papel de Serviços à Comunidade, pois, tendo em atenção os estudos efectuados anteriormente, nomeadamente por Isabel Moreira, esta escala não é discriminativa na amostra dos enfermeiros. Tendo em consideração esta situação e a necessidade de realizar os tempos de espera, optou-se por retirar.

Relativamente à modalidade de resposta, é utilizada uma escala de cinco pontos, em que (1), significa ter nenhuma confiança na capacidade para ser bem sucedido nessa actividade e o (5) corresponde a ter total confiança na capacidade para realizar com

sucesso essa actividade, os outros valores correspondem aos graus intermédios de confiança entre esses dois referidos anteriormente. Nas actividades correspondentes às escalas dos papéis de Tempos Livres, Casa e Família e Serviços à Comunidade, foi acrescentada a alternativa (6), que indivíduo deverá seleccionar, caso a afirmação não se aplique à sua realidade. A alternativa (6) não foi aplicada nas escalas ao papel de Estudante e de Trabalhador, porque os itens destas escalas fazem parte das competências dos enfermeiros de cuidados gerais.

Na constituição do Inventário de Crenças de Auto-Eficácia da Carreira dos Enfermeiros, consta a apresentação do instrumento, as instruções de realização das tarefas, a apresentação da escala a aplicar para responder às questões do inventário e uma breve descrição dos quatro tipos de papéis a considerar (estudante, trabalhador, tempos livres e casa e família).

Na sua apresentação, a escala do Papel de estudante é a primeira a surgir, seguida da escala do Papel de Trabalhador, em terceiro a escala do Papel de Tempos Livres e por último a escala do Papel de Casa e Família; cada uma das quatro escalas é precedida por uma breve indicação da tarefa a executar: “Por favor, usando a escala indicada, avalie o nível de confiança que tem na sua capacidade para realizar com sucesso cada uma dessas actividades”.

Cada escala que consta no Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira de Enfermagem contém dez itens que correspondem às afirmações às quais o indivíduo terá de dar resposta.

Escala de Valores WIS

A Escala de Valores WIS foi desenvolvida no âmbito do projecto *Work Importance Study* (WIS), que envolveu equipas de países dos cinco continentes, sendo a nível internacional coordenado pelo Professor Super. As origens do projecto WIS situam-se no ano de 1978, em Julho, momento da realização do Congresso de Munich (Congresso Internacional de Psicologia Aplicada). Em 1995 surge a publicação do livro “*Life Roles, Values, and Careers, international findings of the work importance study*” que sintetiza o projecto, os principais resultados dos países participantes e as respectivas comparações interculturais (Rodrigues, 2003).

O objectivo principal do projecto, tal como enunciado por Super consistiu em investigar a importância relativa do trabalho comparativamente a outras actividades e as recompensas procuradas por jovens e adultos nos principais papéis de vida, especialmente no papel de trabalhador. Desde o início que os investigadores prestaram particular atenção aos modelos teóricos e métodos empíricos relacionado com valores e saliência do trabalho (Ferreira Marques e Miranda, 1995).

Na avaliação do projecto em 1995, dois dos autores concluem que “foram desenvolvidos dois inventários verdadeiramente internacionais, lógica e psicometricamente completos – a Escala de Valores e o Inventário da Saliência de Actividades (Sverko e Super, 1995, p.349).

Como já foi referido anteriormente, o projecto WIS envolveu contributos de vários países dos cinco continentes, constituindo-se como pioneiro na aceção da sua verdadeira transnacionalidade (Rodrigues, 2003).

O projecto WIS português foi coordenado por Ferreira Marques e integrou outros investigadores da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Ferreira Marques & Miranda, 1995). A Escala de Valores WIS, designação adoptada para a versão Portuguesa, destina-se a ser aplicada a jovens do ensino secundário, estudantes universitários e a adultos.

A Escala de Valores WIS é uma escala de valores gerais, onde os indivíduos aos quais é aplicado hierarquizam a importância que atribuem, no presente ou no futuro, a certos objectivos no seu espaço de vida. Na sua versão final portuguesa, a escala, inclui dezoito valores: Utilização das Capacidades, Realização, Promoção, Estético, Altruísmo, Autoridade, Autonomia, Criatividade, Económico, Estilo De Vida, Desenvolvimento Pessoal, Actividade Física, Prestígio, Risco, Interação Social, Relações Sociais, Variedade E Condições De Trabalho. Os valores são definidos como “valor ou satisfação que a maioria das pessoas procura na vida” (Nevill e Super, 1986, p.7), como se pode observar no quadro 2.

O instrumento apresenta dois valores opcionais – “Cultural identity e Physical Prowess”, que não estão presentes na versão portuguesa (Ferreira Marques e Miranda, 1995, p.69).

O estudo de precisão foi feito com base no cálculo de coeficientes de consistência interna e de correlação teste-reteste. Na versão americana os coeficientes são bastante elevados e situam-se, em geral, acima dos 0,70 em amostras do ensino secundário, para estudantes universitários e adultos; os coeficientes de precisão teste-reteste variam entre 0,52 e 0,82 (estudantes universitários). Não foi efectuado nenhum estudo teste-reteste com adultos, devido à dificuldade de obtenção de dados (Nevill e Super, 1986; Osborne, Brown, Niles e Miner, 1997; referido por Rafael, 2001).

Quadro 2. Escala de Valores WIS – Exemplos de um item em cada escala	
Escalas	Exemplos dos Itens
1.Utilização das Capacidades - utilizar e desenvolver as suas capacidades e conhecimentos;	utilizar todas as minhas capacidades e conhecimentos;
2.Realização - fazer as coisas bem, sentir que faz (ou fez) as coisas bem;	obter resultados que mostram que fiz bem as coisas;
3.Promoção - ter mobilidade em termos de progredir na carreira, de melhorar o nível de vida;	progredir rapidamente na minha carreira;
4.Estético - aumentar e gozar a beleza das coisas;	tornar a vida mais bela;
5.Altruísmo - ajudar as outras pessoas;	ajudar as pessoas com problemas;
6.Autoridade - dizer aos outros o que têm que fazer, chefiar ou dirigir;	dizer aos outros o que têm que fazer;
7.Autonomia - tomar decisões por si mesmo, ser independente na sua esfera de acção;	agir por mim mesmo;
8.Criatividade - desenvolver ideias novas ou fazer coisas novas;	descobrir, projectar ou desenvolver coisas novas;
9.Económico -ter um alto nível de vida, bom ordenado, estabilidade no emprego,	ter um bom ordenado;
10.Estilo de Vida - trabalhar e viver como quer, de acordo com as suas ideias;	viver de acordo com as minhas ideias;
11.Desenvolvimento Pessoal - ter ideias sobre o que fazer na vida, encontrar satisfação pessoal no trabalho;	desenvolver-me como pessoa;
12.Actividade Física - fazer muita actividade física, no desporto, no trabalho, etc;	fazer muito exercício físico;
13.Prestígio - ser admirado e considerado;	ser admirado pelos meus conhecimentos e capacidades;
14.Risco - ser capaz de aceitar riscos ou fazer coisas arriscadas;	fazer coisas arriscadas;
15.Interacção Social - estar com outras pessoas enquanto faz qualquer coisa ou trabalha;	trabalhar em grupo;
16.Relações Sociais - estar com amigos ou pessoas de quem gosta, falar com os outros;	fazer as coisas com pessoas de quem gosto;
17.Variedade - haver diversidade no que faz, mudar de actividades;	fazer várias coisas diferentes durante o dia;
18.Condições Trabalho - ter boas condições no local de trabalho (espaço, luz, etc.)	ter boas condições de espaço e luz no trabalho.

Em Portugal, os resultados demonstram coeficientes igualmente elevados, em geral superiores a 0,60, com amostras do ensino secundário (Ferreira Marques e Miranda, 1995). Nas amostras de estudantes do ensino superior os resultados são também indicadores de uma elevada consistência das escalas, o mesmo ocorrendo com amostras de adultos (Barros, 1997; Bruto da Costa, 1997; Duarte, 1993; Rafael, 1992).

A 2ª versão da escala de valores WIS é assim a utilizada no presente estudo.

No que diz respeito à forma de aplicação, os sujeitos deverão, relativamente a cada item, assinalar uma de entre quatro alternativas possíveis de resposta, significando as

mesmas, respectivamente: (1) Pouca ou Nenhuma Importância; (2) Alguma Importância; (3) Bastante Importante; (4) Muito Importante.

A escala de valores WIS engloba uma parte explicativa do significado do conceito de valor, as instruções e 90 itens aos quais os indivíduos têm de aplicar uma das quatro alternativas de resposta fornecida. A cada uma das dezoito escalas existente, correspondem 5 itens dos 90 existentes, três desses itens são internacionais e dois são nacionais.

PRÉ-TESTE

O instrumento depois de elaborado, foi submetido inicialmente a uma prova preliminar, de forma a garantir a sua aplicabilidade e avaliar se está de acordo com os objectivos inicialmente propostos. Este foi realizado no Centro Hospitalar Lisboa Norte, a 20 enfermeiros dessas unidades e seleccionados aleatoriamente.

Neste estudo pretendeu-se, ainda, avaliar aspectos que se prendem à concepção gráfica dos materiais.

Os elementos aos quais foi aplicado o pré-teste, foram questionados após a elaboração dos inventários, de forma a se certificar a existência ou não de dificuldades. Isto porque estes sujeitos funcionam como críticos do instrumento.

Quanto aos dados, a análise e discussão dos resultados da versão provisória do instrumento facultaram elementos importantes para a sua revisão. O instrumento definitivo tomou em consideração as dificuldades expressas pelos participantes, bem como as propostas apresentadas pelos mesmos.

Nas alterações efectuadas foi modificado o conteúdo do instrumento no questionário de dados pessoais, substituindo-se, na pergunta (6.5), para o indivíduo especificar a sua “categoria profissional” em vez de “título profissional”.

PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

A ética rege-se pelo conjunto de princípios e normas que orientam a conduta humana e que permitem distinguir atitudes e comportamentos bons e maus e o julgamento destes, segundo um sistema de valores (Fortin, 2000).

Numa investigação da área da saúde os princípios éticos de beneficência, de não maleficência, de autonomia e de equidade devem estar sempre presentes. Um estudo feito com pessoas deve respeitar esta na sua dimensão verdadeiramente humana.

Desta forma ao longo da realização do estudo de investigação foram considerados os princípios éticos tal como o respeito aos direitos dos indivíduos intervenientes no estudo. Para tal foi necessário recorrer a procedimentos importantes e indispensáveis para o prosseguimento do estudo, nomeadamente solicitar a autorização para a aplicação dos questionários nos Hospitais onde se irá realizar o estudo (anexo 3). Para além disso o questionário contém uma introdução onde se explica a natureza e finalidade do estudo, garante o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas e agradece-se a colaboração tal como a autenticidade das respostas.

PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

O estudo empírico foi desenvolvido em contexto hospitalar, por se tratar do ambiente em que os enfermeiros exercem a função profissional. Neste sentido, foram escolhidos por conveniência, o Hospital Central de Faro, o Centro Hospitalar Lisboa Norte e o Centro Hospitalar de Coimbra, por corresponderem a diferentes regiões geográficas.

Os inventários adoptados para esta investigação foram realizados conforme a disponibilidade dos participantes. Os instrumentos foram entregues e o respectivo preenchimento procedeu-se individualmente, no local de trabalho.

A fase das aplicações decorreu no período entre Maio a Julho de 2008. Os questionários foram distribuídos de forma aleatória pelos enfermeiros de cada unidade hospitalar. O estudo é, desta forma, constituído por 150 enfermeiros dos três hospitais referidos anteriormente.

Na sua forma final os inventários utilizados no desenvolvimento deste estudo, foram agrafados e acrescentada uma primeira página, que contém uma introdução explicativa da natureza e da finalidade da investigação, bem como contém expressa a garantia do anonimato e da confidencialidade das informações, agradecendo-se a colaboração dos participantes. Posteriormente foram colocados os diversos questionários, sempre com a mesma ordem de aplicação. Para cada um dos instrumentos existem instruções, que informam os participantes como preencher os respectivos inventários (anexo 4).

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 150 enfermeiros de 3 instituições hospitalares nacionais, a exercer funções no período de Maio de 2008 a Julho de 2008.

A maioria dos 150 participantes é do sexo feminino (quadro 3), cuja percentagem é 66% e 34% são do sexo masculino.

Sexo	N	%
Feminino	99	66
Masculino	51	34
Total	150	100

As idades (quadro 4) estão compreendidas entre os 21 e os 59 anos, com uma média (30,1) e um desvio padrão (6,58). Os dados revelam que os inquiridos são na sua maioria jovens adultos, cuja idade está compreendida entre os 21 e os 29 anos. A maior frequência reside na classe dos enfermeiros entre os 21 e os 29 anos de idade (57,7%) e o grupo etário dos 30 aos 59 anos de idade representa (42,3%) da amostra.

Idade em grupos	N	%
21-29 anos	86	57,7
30-59 anos	63	42,3
Média	30,1	
Desvio Padrão	6,58	

Optou-se por dividir a idade, formando dois grupos etários, correspondendo o primeiro grupo aos indivíduos que apresentam entre 21 e 29 anos e o segundo aos enfermeiros que apresentam entre 30 a 50 anos. Esta divisão foi realizada considerando

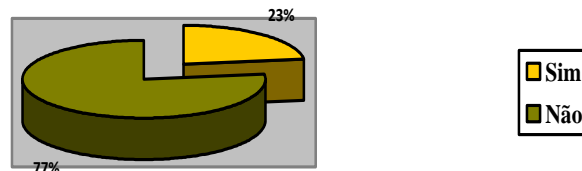
que 57,7% dos participantes tem até 29 anos de idade e 42,3% mais de 29 anos de idade (anexo 5). Atendendo a um quadro psicológico para justificação desta divisão, referenciamo-nos à teoria das estações de vida de Levinson, as idades dos indivíduos da amostra situam-se entre as estações que correspondem ao início de vida adulta e o culminar da meia idade. O primeiro grupo que se menciona corresponde aos indivíduos com 21 a 29 anos de idade, ocupando este grupo a fase *entrada no mundo adulto*, defendida por Levinson, que segundo este autor constitui a primeira estrutura do adulto, durante a qual os alicerces da vida são avaliados, redefinidos e consolidados (22-28 anos). O segundo grupo definido neste estudo, indivíduos entre os 30 e os 50 anos, encontram-se inseridos nas fases *transição dos 30* (28-33 anos), *estabelecimento* (33-40 anos), onde o indivíduo tem a oportunidade de rever e modificar a sua primeira estrutura de vida e de desenvolve a segunda e nas fases *transição para a meia-idade* (40-45 anos), *entrada para a meia idade* (45-50 anos), *transição dos 50 anos* (45 -50 anos), onde os indivíduos se deparam com o culminar da vida de jovem adulto e entram na meia idade (Marchand, 2005).

No que se refere ao estado civil dos enfermeiros da amostra, verifica-se que 52,7% são solteiros e 38,7% são casados ou vivem maritalmente. Com uma menor percentagem na amostra surgem os divorciados, que representam 7,3% e os viúvos, que são 1,3% (quadro 5).

Estado Civil	n	%
Solteiro	79	52,7
Casado/Vive maritalmente	58	38,7
Divorciado	11	7,3
Viúvo	2	1,3
Total	150	100

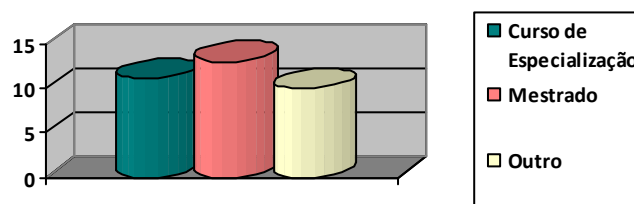
Dos 150 participantes, cerca de 23% (N=34) frequentaram formação pós graduada e 77% não o fizeram (gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos participantes pela variável formação pós-graduada



Dos 34 inquiridos que afirmavam ter frequentado formação pós-graduada, 11 realizaram cursos de especialização em enfermagem, 13 realizaram mestrado e 10 referem ter frequentado outro tipo de formação pós-graduada (gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição dos participantes pela variável tipo de formação pós-graduada



No tempo global de serviço, verificou-se que o maior número de profissionais tem entre 1 a 5 anos de desempenho de funções (54%). Se se atender à realidade da enfermagem constata-se, que este primeiro grupo (1 a 5 anos) corresponde aos anos desempenho de funções dos enfermeiros de nível 1. O outro grupo considerado é

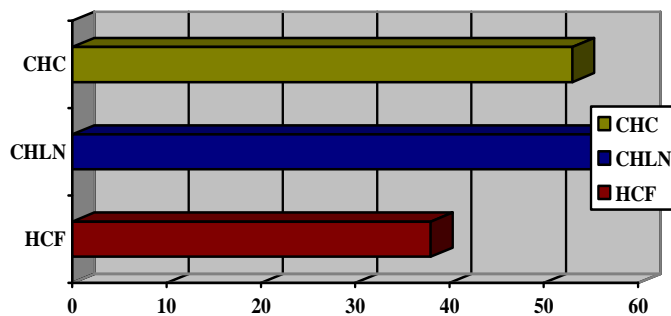
referente aos profissionais que tem entre 6 a 35 anos de serviço, correspondendo estes a 46% da amostra (quadro 6).

Tempo global de serviço	n	%
1-5 anos	81	54%
6-35 anos	69	46%
Média	7,1	
Desvio Padrão	6,4	

Optou-se por dividir a variável tempo global de serviço em dois grupos, correspondendo o primeiro grupo aos indivíduos que apresentam entre 1 a 5 anos de exercício profissional e o segundo aos enfermeiros que apresentam entre 6 a 35 anos de exercício profissional. Esta divisão foi realizada considerando que 54% dos participantes tem entre 1 a 5 anos de exercício profissional e 46% mais de 5 anos de desempenho das suas funções (anexo 6).

A amostra do estudo foi realizada em hospitais nacionais: Hospital Central de Faro (HCF), Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) e Centro Hospitalar de Coimbra (CHC), conforme o gráfico 3 apresenta.

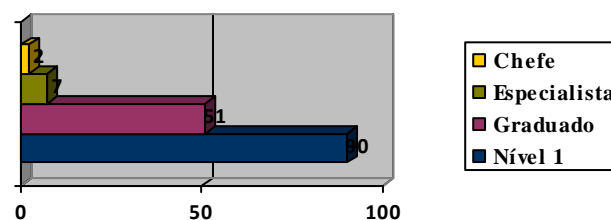
Gráfico 3. Distribuição dos participantes pela variável instituição



Pelo que se pode constatar pelo gráfico anterior, 38 dos inquiridos representam enfermeiros do HCF, 53 enfermeiros do CHC, e 59 enfermeiros do CHLN.

Relativamente à categoria profissional, 60% encontra-se no Nível 1 e 34% são enfermeiros graduados, as restantes categorias não apresentam frequências significativa (gráfico 4).

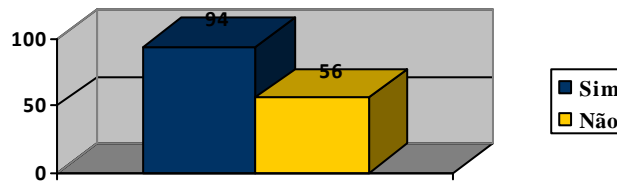
Gráfico 4. Distribuição dos participantes pela variável categoria profissional



Optou-se por não analisar a variável categoria profissional, tendo em consideração que esta se sobrepõe com a variável tempo global de serviço. Isto porque os grupos etários definidos na variável tempo global de serviço: grupo dos enfermeiros com 1 a 5, correspondem aos enfermeiros de nível 1 e o grupo dos enfermeiros com mais de 5 anos de serviço, correspondem às restantes categorias profissionais.

Quanto à variável supervisão de ensinos clínicos de enfermagem, constatou-se que 63% dos enfermeiros inquiridos, já realizaram supervisão de ensinos clínicos de enfermagem, enquanto 37% ainda não o fizeram (Gráfico 5).

Gráfico 5. Distribuição dos participantes pela variável supervisão de ensinos clínicos de enfermagem



Dos 37% (n=56) inquiridos que afirmam ainda não ter realizado supervisão de ensinos clínicos de enfermagem, cerca 89% referem não terem sido solicitados. Os restantes grupos de enfermeiros que nunca supervisionaram ensinos clínicos representam uma amostra pouco significativa (quadro 7).

Motivos da não supervisão de ensinos clínicos	n	%
Nunca foi solicitado	50	89
Foi solicitado e recusou	4	7,1
Outra	1	1,8
Não respondeu	1	1,8

Considerando a supervisão de ensinos clínicos, tendo em consideração os estádios do curso, 94 enfermeiros (63%) afirmam já ter supervisionado ensinos clínicos de enfermagem, 21,3% referem ter sido em estádios iniciais no curso de enfermagem; 29,8% em estádios avançados e 48,9% supervisionaram ensinos clínicos em ambos os estádios do curso (quadro 8).

Ensinos clínicos	n	%
Estádios iniciais	20	21,3
Estádios avançados	28	29,8
Ambas	46	48,9

Dos 94 enfermeiros que supervisionaram ensinos clínicos, 89,4% afirmam que foram solicitados pela chefia para supervisionarem os estágios, 9,6% foram solicitados pela chefia, no entanto não era inteiramente do seu agrado supervisionar e 1,1% considera *outro* motivo para ter supervisionado os ensinos clínicos (quadro 9).

Motivo da supervisão de ensinos clínicos	n	%
Solicitado com agrado	84	89,4
Solicitada mas não totalmente com agrado	9	9,6
Outra	1	1,1

Após a recolha e a caracterização da amostra procedeu-se analisar os dados recolhidos no Inventário de Auto-Avaliação na Supervisão de Ensinos Clínicos, no Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira e na Escala de Valore WIS.

Os cálculos são efectuados com recurso ao programa informático *SPSS for Windows*, versão 15.0.

INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO DE ENSINOS CLÍNICOS

Neste capítulo são examinadas as características metrológicas do inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem, relativamente à análise factorial em componentes principais dos resultados dos itens, à precisão (*alfa de Cronbach*), à distribuição dos resultados das escalas, às correlações dos resultados das escalas e à análise dos resultados inter-grupais.

Análise Factorial em Componentes Principais dos Itens

Para determinar se a aplicação da análise em componentes principais tem validade para as variáveis seleccionadas, realizou-se os testes de Kaiser-Meyer-Olkin e de esfericidade de Bartlett.

A análise do teste de esfericidade de Bartlett apresenta um nível de significância ($\text{sig.} = 0,000$), pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, as variáveis são correlacionáveis (Pereira, 2002). O teste de KMO obteve um valor de (0,82), que acordo com a tabela de Pereira (2002, p.81) indica que a análise em componentes principais pode ser realizada (anexo 7).

Após a realização da análise factorial em componentes principais dos itens (quadro 10), constata-se que emergem 2 factores, com valores próprios superiores a 1,00. Estes dois factores explicam cerca de 70% da variância resultados.

Quadro 10. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Análise factorial em componentes principais, ao nível dos itens (n=94)		
Itens	Factores	
	I	II
1- O formato adoptado para a preparação e realização do(s) estágio(s) foi..	,816	-,275
2- A relação estabelecida com o(s) aluno(s) foi...	,565	,696
3- Relativamente ao processo de supervisão utilizado foi...	,868	-,251
4- Relativamente às expectativas iniciais, o(s) estágio(s) foi...	,653	,567
5- Relativamente às aprendizagens proporcionadas, o(s) estágio(s) foi...	,707	-,275
6- O processo de avaliação utilizado foi...	,789	-,160
Valor próprio	3,289	1,046
% variância explicada	54,819	17,437
	Total 72,256	

Após rotação varimax¹ (quadro 11), o factor I é definido pelos itens 1 (0,82), 3 (0,87), 5 (0,71) e 6 (0,79). O Factor II é constituído pelos itens 2 (0,70) e 4 (0,57).

Quadro 11. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Análise factorial em componentes principais com rotação varimax, ao nível dos itens (n=94)		
Itens	Factores	
	I	II
1- O formato adoptado para a preparação e realização do(s) estágio(s) foi..	,843	,176
2- A relação estabelecida com o(s) aluno(s) foi...	,135	,886
3- Relativamente ao processo de supervisão utilizado foi...	,876	,223
4- Relativamente às expectativas iniciais, o(s) estágio(s) foi...	,276	,820
5- Relativamente às aprendizagens proporcionadas, o(s) estágio(s) foi...	,749	,121
6- O processo de avaliação utilizado foi...	,762	,262

¹ A análise factorial em componentes principais com rotação varimax foi aplicada para transformar os coeficientes das componentes principais retidas numa estrutura simplificada. O objectivo é dividir o conjunto inicial de variáveis em subconjuntos com o maior grau de independência possível (Pereira, 2002). O método utilizado foi varimax: pretende que, para cada componente principal, existam apenas alguns pesos *significativos* e todos os outros sejam próximos de zero (Pereira, 2002).

Destes resultados propõem-se a elaboração de duas escalas, ao factor 1 correspondem conteúdos da “Componente Técnica” e ao factor 2 correspondem conteúdos da “Componente Relacional”.

Coeficientes *Alfa de Cronbach*

O coeficiente *alfa de cronbach* foi determinado para estimar o grau de consistência interna das medidas da supervisão. Conforme os resultados que se apresentam no quadro 12, verificou-se que a componente técnica apresenta um coeficiente de 0,85 e a componente relacional um coeficiente de 0,71. Estes coeficientes constituem indicadores positivos de consistência interna da medida.

Quadro 12. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Coeficiente de Precisão (n=94)	
Escalas	<i>Alpha de Cronbach</i>
Componente técnica	0,85
Componente relacional	0,71

Distribuição dos Resultados das Escalas

O quadro 13 apresenta os indicadores estatísticos da distribuição dos resultados das medidas de tendência central e de variabilidade.

Após a análise do quadro pode-se verificar que, nas Componente Técnica e na Componente Relacional, as médias, medianas e modas estão próximas o que constitui indicadores positivos de simetria na distribuição.

Escalas	Média	Desvio Padrão	Amplitude		Mediana	Moda
			Mínimo	Máximo		
Componente técnica	11,57	2,17	6	16	12	12
Componente relacional	6,12	1,19	3	8	6	6

Correlações

Com o objectivo de determinar como estão relacionadas entre si as escalas, procedeu-se ao cálculo das intercorrelações. Verifica-se (quadro 14), deste modo, que o resultado da correlação entre a escala da componente técnica e a componente relacional é relativamente elevado (0,45).

Quadro 14. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - matriz de correlação dos resultados das escalas (n=94).	
Escalas	Componente técnica
Componente técnica	
Componente relacional	0,453(**)

** p<0,01

Análise dos Resultados Inter-Grupais

A análise de resultados inter-grupais pretende verificar, a variabilidade dos resultados a partir das variáveis que são significativas para o estudo.

Os resultados do inventário de auto-avaliação da supervisão de ensino clínicos de enfermagem são analisados segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, formação pós-graduada, tempo global de serviço, instituição de trabalho e supervisão dos vários estádios do curso.

Sexo

No que se refere à variável sexo, nos resultados não se verificam diferenças significativas entre as médias dos dois grupos.

Idade

Com base na idade dos 94 enfermeiros, constituiu-se dois grupos etários, o grupo dos enfermeiros mais novos com idades entre os 21 e os 29 anos e o grupo dos enfermeiros mais velhos, com idades compreendidas entre os 30 e os 59 anos.

Na análise dos resultados das médias, constata-se que na componente técnica da supervisão de ensinos clínicos existem diferenças consideravelmente significativas favoráveis aos enfermeiros mais velhos (quadro 15).

Quadro 15. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Teste t^2 de diferenças de médias por idade (n=94)					
Escalas	Idade	Média	Desvio padrão	t	p
Componente Técnica	21-29 anos	10,92	0,36	-2,38	0,02
	30-59 anos	11,98	0,27		
Componente Relacional	21-29 anos	6,11	0,18	-0,04	0,97
	30-59 anos	6,12	0,17		

Estado civil

Relativamente ao estado civil, considerou-se o grupo dos enfermeiros solteiros e o grupo dos enfermeiros casados. Após análise dos resultados, não se verifica diferenças significativas entre as médias nos dois grupos.

Formação pós-graduada

Em relação à variável formação pós-graduada, também não se verifica diferenças significativas entre as médias nestes grupos.

^{2 2} O teste t para amostras não relacionadas compara as médias de uma variável para dois grupos de casos independentes (Hill & Hill, 2002).

Tempo global de serviço

A variável tempo global de serviço foi também analisada em dois grupos, o grupo dos enfermeiros com 1 a 5 anos de trabalho e os enfermeiros com 6 a 35 anos de serviço. Não se verifica diferenças significativas entre as médias dos grupos.

Tipo de estágio do curso

Relativamente à supervisão dos vários estádios do curso, considerou-se o grupo dos enfermeiros que realizaram supervisão nos estádios iniciais do curso, o grupo dos enfermeiros que supervisionaram em estádios avançados do curso o grupo dos enfermeiros que supervisionaram ambos os estádios do curso. A análise da variância (ANOVA) mostra variabilidade significativa ($p < 0,05$) entre os resultados médios dos grupos (quadro 16).

Escalas	Estádios do curso	Média	Desvio padrão	F	Sig.
Componente Técnica	Iniciais	11,05	2,44	3,65	0,03
	Avançados	10,96	2,12		
	Ambos	12,17	1,95		
Componente Relacional	Iniciais	5,90	1,12	0,417	0,66
	Avançados	6,18	1,31		
	Ambos	6,17	1,17		

Para melhor explorar esta diferença realizou-se o estudo *post-hoc*⁴ de diferenças de médias (quadro 17). Na comparação *post-hoc* foi utilizado o teste H.S.D de Tukey,

³ A ANOVA diferencia-se dos testes t porque estes só podem ser utilizados para testar diferenças entre duas situações para uma variável, enquanto ANOVA pode ser utilizado para testar diferenças entre diversas situações e para duas ou mais variáveis (Hill & Hill, 2002).

considerado por Pestana e Gagueiro (2000, p.207), o mais sensível e o mais utilizado quando se pretende fazer múltiplas comparações de pares de médias.

Quadro 17. Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos - Comparação <i>post-hoc</i> das médias pela variável tipo de estágio do curso (n=94).				
Componente técnica		Diferença das médias	Desvio padrão	Sig.
Estádios Iniciais	Estádios Avançados	0,09	0,62	0,99
	Ambos os Estádios	-1,12	0,56	0,12
Estádios Avançados	Estádios Iniciais	-0,08	0,62	0,99
	Ambos os Estádios	-1,21(*)	0,51	0,049
Ambos os Estádios	Estádios iniciais	1,12	0,56	0,12
	Estádios Avançados	1,21(*)	0,51	0,049

(*) – Diferenças das médias significativas ao nível de 0,05.

Como se pode verificar no quadro, a análise *post-hoc* das diferenças das médias revela diferenças significativas entre o grupo de enfermeiros que realizou supervisão em ambos os estádios do curso e o grupo dos enfermeiros que supervisionou apenas estádios avançados do curso ($p < 0,05$).

Considerações Finais

Numa breve síntese dos resultados do Inventário de Auto-Avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem, pode-se constatar que após realização de análise factorial em componentes principais dos itens extraem-se dois factores. Estes dois factores encontrados, aos quais se atribuiu a denominação de Componente Técnica e Componente Relacional, apresentam coeficientes acima de 0,70, constituindo, desta forma, indicadores positivos da consistência interna da medida. Contudo, a correlação entre as duas escalas é relativamente elevado (0,45).

⁴ Após aplicação da ANOVA constata-se que existe diferenças significativas entre os valores médios da variável componente técnica entre pelo menos dois dos grupos de enfermeiros, no entanto esta técnica não permite determinar quais os grupos que diferem entre si, sendo necessário, então, aplicar um teste adicional – *Post-hoc*.

Após a análise dos resultados inter-grupais evidencia-se que do ponto de vista estatístico existem relações significativas entre algumas das variáveis estudadas. Constata-se que na variável idade, os enfermeiros mais velhos apresentam uma média significativamente superior na Componente Técnica, comparativamente com o grupo de enfermeiros mais novos. Após estudo *post hoc*, verifica-se que o grupo de enfermeiros que supervisionaram ambos os estádios do curso apresentam uma média significativamente superior na Componente Técnica relativamente ao grupo dos enfermeiros que supervisionaram apenas estádios avançados do curso.

INVENTÁRIO DE CRENÇAS DE AUTO-EFICÁCIA NOS PAPÉIS DE CARREIRA DOS ENFERMEIROS

Neste ponto serão analisadas os aspectos psicométricos do inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis da Carreira dos enfermeiros, ao nível dos resultados dos itens e das escalas.

Análise Factorial em Componentes Principais dos Itens

Após realização do teste de esfericidade de Bartlett, pode-se concluir que as variáveis são correlacionáveis e que o teste de KMO é 0,85; pelo que se pode proceder à análise de componentes principais (anexo 8).

Na análise factorial dos itens em componentes principais (anexo 9), salientam-se 7 factores com valores próprios superiores a 1 e que explicam 70,6% da variabilidade dos resultados (quadro 18).

Componente Principal	Valor Próprio	% de Variância explicada	% de Variância explicada acumulada
1	11,888	31,285	31,285
2	5,188	13,653	44,938
3	3,462	9,110	54,048
4	2,577	6,783	60,831
5	1,403	3,692	64,523
6	1,208	3,180	67,703
7	1,094	2,880	70,582

Com a observação do quadro pode-se afirmar que o primeiro componente com um valor próprio de 11,89% explica 31,29% da variância dos dados, o segundo com um valor próprio de 5,19, explica 13,65% da variância dos dados e o último, sétima componente, tem um valor próprio de 1,09 e explica 2,89% da variância dos dados.

Após rotação varimax (quadro 19):

- O factor I é definido pelos 10 itens da escala de auto-eficácia no Papel de Estudante, com correlações entre 0,51 e 0,86. Os itens 4 e 8 da escala de auto-eficácia no Papel de Trabalhador também apresentam saturações mais elevadas neste factor com 0,56 e 0,45 respectivamente.

- O factor II é definido por 8 itens da escala de auto-eficácia no Papel de Casa e Família, com correlações superiores a 0,55.

- O factor III é constituído por 8 itens da escala de auto-eficácia no papel de Tempos Livres, com correlações superiores a 0,55.

-O factor IV é definido por 7 itens da escala de auto-eficácia no Papel de Trabalhador, com correlações entre 0,36 e 0,68. Os itens 4 e 8 da escala de auto-eficácia no Papel de Trabalhador apresentam também correlações elevadas no factor I.

- O factor V é constituído por 3 itens da escala de auto-eficácia no Papel de Trabalhador, com correlações superiores a 0,68.

-No factor VI verifica-se a saturação de 1 item da escala de auto-eficácia no Papel de Casa e Família (0,57). No factor VII constata-se a saturação de 1 item da escala de auto-eficácia no Papel de Tempos Livres (0,79).

Quadro 19. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira - Análise em componentes principais com rotação varimax, ao nível dos itens (n=150)							
Itens	Factores						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Estudante							
1-Realizar com regularidade, uma revisão das minhas práticas de trabalho	,707	,071	-,011	,126	,319	-,028	-,102
2- Assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção de competências	,646	-,137	,007	,239	,434	-,025	-,197
3- Actuar no sentido de ir ao encontro das minhas necessidades de formação contínua	,846	,087	-,057	,078	,068	,028	,130
4- Actuar como tutor/mentor eficaz	,725	,054	-,011	,193	,306	,220	-,180
5- Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde	,513	,224	,140	,333	,342	-,295	,014
6- procurar e consultar livros relacionados com as diferentes patologias	,862	,184	-,078	,027	,042	-,006	,156
7- Organizar o estudo em casa	,812	,197	,100	,060	-,093	,099	,286
8- Procurar uma biblioteca com os recursos necessários para realizar um trabalho	,714	,228	,202	,082	-,223	,087	,374
9- Expor as ideias de forma clara	,717	,034	,179	,263	,193	,085	-,155
10- Conceber e apresentar acções de formação	,769	,118	,094	,266	-,045	,021	-,028

Quadro nº 19. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira - Análise em componentes principais com rotação varimax, ao nível dos itens (n=150). (Continuação)							
Itens	Factores						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Trabalhador							
1- Aceitar a responsabilidade e responder pelas minhas acções e pelos juízos profissionais que elaboro.	,249	-,012	-,012	,287	,711	-,048	,013
2- Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	,360	,212	,002	,088	,679	-,039	-,110
3- No serviço, respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e dos grupos.	-,043	,158	,141	,320	,690	,040	,159
4- Aplicar o pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas.	,557	,144	,029	,540	,299	,075	,020
5- Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.	,311	,212	,121	,663	,316	-,008	,116
6- Implementar os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	,410	,121	,085	,660	,287	,044	,092
7- Utilizar instrumentos para avaliar os riscos reais e potenciais, no desempenho da profissão.	,395	,171	,084	,684	,207	,227	,012
8- Implementar procedimentos de controlo de infecção.	,445	,096	,078	,363	,300	,032	-,062
9- Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	-,057	,218	,361	,628	-,019	-,390	-,033
10- Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	,375	,130	,072	,729	,199	,099	-,051

Quadro 19. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira - Análise em componentes principais com rotação varimax, ao nível dos itens (n=150). (Continuação)							
Itens	Factores						
	I	II	III	IV	V	VI	VII
Tempos Livres							
2- Ocupar os tempos com as actividades preferidas.	,015	-,011	,783	-,009	-,171	-,015	,074
3- Desenvolver as minhas capacidades pessoais nas actividades de tempos livres.	,067	,068	,790	,168	,014	-,097	-,233
4- Ocupar os tempos livres sozinho.	,094	-,021	,119	,052	,025	-,009	,793
5- Decidir com os amigos como ocupar os tempos livres.	-,106	-,151	,655	,060	,093	-,327	,149
6- Organizar actividades de tempos livres.	-,017	,107	,730	-,080	,083	,210	,353
7- Realizar-me nos tempos livres.	,124	,270	,781	,064	,115	-,149	-,031
8- Desenvolver um estilo próprio na realização de actividades de tempos livres.	,129	,113	,723	,092	,087	,336	,283
9- Participar em actividades de tempos livres que contribuam para o meu bem-estar.	-,006	,240	,825	,186	,018	,048	-,004
10- Escolher actividades de tempos livres que ajudem a conhecer melhor o meio que me rodeia.	,246	,219	,682	,032	,093	,391	-,092
Casa e Família							
1- Organizar actividades necessárias ao bem-estar da família.	,044	,724	,118	,273	-,021	,379	-,008
2- Ser bom anfitrião.	-,005	,546	,452	,248	,052	-,035	-,028
3- Estabelecer relações familiares satisfatórias.	,121	,786	,147	,043	,223	-,131	,033
4- Dar apoio afectivo aos membros da família.	,052	,832	,060	,156	,099	,013	-,051
5- Cuidar da casa.	,269	,475	,083	,142	-,075	,567	,070
7- Aumentar a harmonia familiar.	,180	,779	-,005	,057	,212	-,084	-,036
8- Manter uma conversação agradável durante as refeições.	,147	,697	,181	-,188	,033	-,164	,139
9- Participar em actividades relacionadas com a casa e a família que ajudem a definir o estilo de vida pretendido.	,118	,790	,143	,155	-,072	,380	-,003
10- Desenvolver capacidade de planeamento e de tomada de decisão quando realizo actividades relacionadas com a casa e a família.	,158	,790	,047	,235	-,081	,245	,000

Coeficientes *Alfa de Cronbach*

Na análise da precisão dos resultados do inventário de crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira dos enfermeiros, a estimativa dos coeficientes alfa de Cronbach evidencia que estes variam entre 0,86 e 0,92 (quadro 20).

Quadro 20. Inventário de crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Coeficientes de precisão (n=150)	
Escalas	<i>Alpha de Cronbach</i>
Papel de Estudante	0,916
Papel de Trabalhador	0,884
Papel de Tempos Livres	0,865
Papel de Casa e Família	0,863

Desta forma, podemos afirmar que os resultados obtidos constituem um indicador positivo da consistência interna da medida. Estes dados confirmam o elevado grau de precisão da medida, estudada anteriormente (Vale, 1997; Candeias, 2000 e Moreira, 2006).

Distribuição dos Resultados das Escalas

O quadro 21 apresenta os indicadores estatísticos das medidas de tendência central e de variabilidade dos resultados do inventário de crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira dos enfermeiros.

Nas quatro escalas, a média e a mediana estão próximas, o que nos poderá indicar uma provável simetria na distribuição.

Na análise da hierarquia dos resultados das médias, observa-se que os valores médios mais elevados correspondem às crenças de auto-eficácia no papel de trabalhador (42,03), seguido do papel de casa e família (41,34), em terceiro lugar o papel de tempos livres (41,02) e por último, o papel de estudante (37,43). Esta hierarquia tende a convergir com os resultados obtidos por Moreira (2006). É de salientar que na amostra de Moreira (2006), que é constituída apenas por mulheres, a média mais elevada corresponde às crenças de auto-eficácia no Papel de Casa e Família, o que pode traduzir o estereótipo social da associação entre casa e família e o sexo feminino.

Escalas	Média	Desvio Padrão	Amplitude		Mediana	Moda
			Mínimo	Máximo		
Papel de Estudante	37,43	6,60	22	50	38	38
Papel de Trabalhador	42,03	4,54	31	50	42	39
Papel de Tempos Livres	41,02	5,61	23	54	41	38
Papel de Casa e Família	41,34	5,77	25	51	42	41(a)

Nota: a) Multimodal

Correlações

As correlações (quadro 22) dos resultados têm uma amplitude entre 0,21 e 0,61. A correlação mais elevada salienta-se entre os resultados das escalas de auto-eficácia no Papel de Estudante e do Papel de Trabalhador (0,61). Estes dados confirmam as correlações também apresentadas por Moreira (2006). É de salientar, também, coeficientes relativamente elevados

entre os resultados do Papel de Casa e Família e os resultados do Papel de Estudante (0,34), do Papel de Trabalhador (0,43) e do Papel de Tempos Livres (0,32).

Os papéis que surgem com a correlação mais baixa são referentes ao Papel de Estudante e Papel de Tempos Livres, com uma correlação de 0,21.

Escalas	Papel de Estudante	Papel de Trabalhador	Papel de Tempos Livres
Papel de Estudante			
Papel de Trabalhador	0,610(**)		
Papel de Tempos Livres	0,209(*)	0,310(**)	
Papel de Casa e Família	0,343(**)	0,430(**)	0,320(**)

** p<0,01; * p<0,05

Análise Factorial em Componentes Principais das Escalas

Após realização do teste de esfericidade de Bartlett, pode-se concluir que as variáveis são correlacionáveis e que o teste de KMO é 0,68, sendo este considerado um valor razoável procedeu-se à análise de componentes principais (anexo 10).

Na sequência do estudo da matriz de intercorrelações foi efectuada a análise factorial das escalas em componentes principais, cujos resultados se apresentam no quadro 23.

Quadro 23. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Análise factorial em componentes principais, ao nível das escalas (n=150)	
Escalas	Factores
	1
Papel de estudante	0,767
Papel de trabalhador	0,841
Papel de tempos livres	0,558
Papel de casa e família	0,717
Valor próprio	2,122
% variância explicada	53,05%

Na análise factorial das escalas em componentes principais salientam-se apenas um factor com número próprio superior a 1 e que explica 53,1% da variância. O sucedido revela que as várias escalas de auto-eficácia estão bastante relacionadas entre si, o que não permite realizar uma rotação varimax.

Análise dos Resultados Inter-Grupais

Os resultados do inventário de crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira dos enfermeiros são analisados segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, formação pós-graduada, tempo global de serviço, instituição de trabalho, supervisão de ensinos clínicos e supervisão dos vários estádios do curso.

Sexo

Relativamente à variável sexo, não se verifica diferenças significativas entre as médias dos dois grupos.

O estudo descritivo da hierarquia das médias, permite verificar que nas mulheres, a média mais elevada surge no Papel de Trabalhador (42,42), seguido de Casa e Família (42,03), Papel de Tempos Livres (41,17) e por último o Papel de Estudante (37,42). No sexo masculino a hierarquia de médias evidencia a mais elevadas no papel de trabalhador (41,27), seguido da média do papel de tempos livres (40,73), seguido em terceiro lugar do papel de casa e família (40,02) e por último a média do papel de estudante (37,45). Tendo em consideração estes resultados é de salientar que mulheres e homens, na mesma situação profissional, tendem a dedicar o mesmo esforço no desempenho das tarefas (quadro 24).

Quadro 24. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Média e desvio padrão da variável sexo (n=150)			
Papéis	Sexo	Média	Desvio Padrão
Estudante	Feminino	37,42	6,46
	Masculino	37,45	6,94
Trabalhador	Feminino	42,42	4,61
	Masculino	41,27	4,36
Tempos Livres	Feminino	41,17	5,77
	Masculino	40,73	5,35
Casa e Família	Feminino	42,03	5,74
	Masculino	40,02	5,66

Idade

No que se refere à variável idade, existem diferenças significativas entre as médias nos dois grupos, ao nível do Papel de Estudante ($p < 0,05$) e do Papel de Trabalhador ($p = 0,05$) a favor do grupo dos enfermeiros mais velhos e ao nível do Tempos Livres ($p < 0,01$), a favor do grupos dos enfermeiros mais novos (quadro 25).

Em relação à hierarquia das médias, no grupo dos enfermeiros mais velhos, em primeiro lugar surge a média no Papel de Trabalhador(43,30), seguido do Papel de Casa e Família (42,60), em terceiro lugar o papel de Tempos Livres (39,49) e por último o Papel de Estudante (38,76).

No grupo dos enfermeiros mais novos observa-se que a média mais elevada corresponde ao papel de Tempos Livres (42,11), seguido do Papel de Trabalhador (41,17), em terceiro com a média mais elevada, surge o Papel de Casa e Família (40,38), por último e de uma forma idêntica ao que acontece com o grupo de enfermeiros mais velhos, o Papel de Estudante (36,52).

Quadro 25. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por idade (n=150)					
Papéis	Idade	Média	Desvio Padrão	t	p
Estudante	21-29 anos	36,52	6,84	-2,07	0,041
	30-59 anos	38,79	6,09		
Trabalhador	21-29 anos	41,17	4,55	-2,84	0,005
	30-59 anos	43,30	4,31		
Tempos Livres	21-29 anos	42,11	4,94	2,803	0,006
	30-59 anos	39,49	6,17		
Casa e Família	21-29 anos	40,38	6,25	-2,22	0,774
	30-59 anos	42,60	4,89		

Estado Civil

O quadro 26 evidencia os dados referentes à comparação das médias por estado civil. Salienta-se a diferença entre as médias ao nível do Papel de Tempos Livres e do Papel de Casa e Família ($p < 0,01$), sendo a primeira favorável ao grupo dos enfermeiros solteiros e a segunda favorável ao grupo dos enfermeiros casados.

A diferença significativa dos resultados das médias dos grupos ao nível do Papel de Tempos Livres a favor do grupo dos enfermeiros solteiros foi também constatada no estudo de Moreira (2006).

Na análise das médias pode-se constatar que o grupo das solteiras apresenta uma média mais elevada no Papel de Tempos Livres(42,36), seguido do Papel de Trabalhador (41,53), Papel de Casa e Família em terceiro (39,79) e por último o Papel de Estudante (37,19).

No grupo dos casados a média mais alta é para o Papel de Casa e Família (43,30), em segundo o Papel de Trabalhador (42,32), seguido do Papel de Tempos Livres (39,67) e o quarto e último representa a média do Papel de Estudante (37,64).

Papéis	Estado civil	Média	Desvio Padrão	t	p
Estudante	Solteiro	37,19	6,79	-,387	,699
	Casado	37,64	6,55		
Trabalhador	Solteiro	41,53	4,61	-,997	,321
	Casado	42,32	4,48		
Tempos Livres	Solteiro	42,36	5,06	2,79	,006
	Casado	39,67	5,89		
Casa e Família	Solteiro	39,79	6,30	-3,34	,001
	Casado	43,30	4,89		

Formação pós-graduada

A análise dos resultados da comparação entre as médias por variável formação pós-graduada, (quadro 27), demonstra que existem diferenças significativas entre as médias dos Papéis de Estudante ($p < 0,01$) e de Trabalhador ($p < 0,001$) favoráveis ao grupo dos enfermeiros com formação pós-graduada, por outro lado, a média do Papel de Tempos Livres é significativamente superior ($p < 0,01$) no grupo dos enfermeiros sem formação pós-graduada.

Analisando as médias dos grupos, verifica-se que no grupo de enfermeiros com formação pós-graduada a média mais elevada corresponde ao Papel de Trabalhador (42,78), seguido do Papel de Casa e Família(40,42), o Papel de Estudante (40,35) e por último o papel de tempos livres (38,47).

No grupo de enfermeiros que não possui formação pós-graduada, o Papel de Trabalhador é o que surge com a média mais alta (41,83), seguido pela média do Papel de tempos Livres(41,76), a próxima é a média do Papel de Casa e Família (41,62) e por fim a média do Papel de Estudante (36,56).

Quadro 27. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por formação pós-graduada (n=150)					
Papéis	Formação pós-graduada	Média	Desvio Padrão	t	p
Estudante	Sim	40,35	5,45	3,02	0,003
	Não	36,56	6,69		
Trabalhador	Sim	42,78	4,70	1,05	0,001
	Não	41,83	4,50		
Tempos Livres	Sim	38,47	6,01	-3,00	0,003
	Não	41,76	5,30		
Casa e Família	Sim	40,42	6,33	-1,02	0,311
	Não	41,62	5,60		

Tempo global de serviço

Na análise dos resultados por tempo de serviço, existem diferenças significativas ao nível do Papel de Trabalhador e Papel de Casa e Família ($p < 0,01$), favorável ao grupo dos enfermeiros com mais tempo de serviço e ao nível do Papel de Tempos Livres ($p < 0,01$) favorável ao grupo dos enfermeiros com menos anos de serviço (quadro 28).

No estudo elaborado por Moreira (2006) também se evidenciou que o grupo dos enfermeiros mais novos é favorecido na diferença significativa entre as médias no Papel de Tempos Livres.

No que diz respeito à hierarquia das médias, o grupo dos enfermeiros com menos anos de trabalho, apresenta uma média mais elevada no Papel de Tempos Livres (42,14), Papel de Trabalhador (41,14), Papel de Casa e Família (39,99) e Papel de Estudante (36,62).

Na hierarquia das médias do grupo de enfermeiros com mais anos de trabalho, a média mais elevada é a do Papel de Trabalhador (43,14), Papel de Casa e Família (42,92), Papel de Tempos Livres (39,69) e Papel de Estudante (38,42). Os dados referentes a este último grupo são sobreponíveis aos resultados de Moreira (2006).

Quadro 28. Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira – Teste <i>t</i> de diferença de médias por tempo global de serviço (n=150)					
Papéis	Tempo global de serviço	Média	Desvio Padrão	t	p
Estudante	1-5 anos	36,62	7,01	-1,66	0,099
	6-35 anos	38,42	5,98		
Trabalhador	1-5 anos	41,14	4,57	-2,71	0,008
	6-35 anos	43,14	4,29		
Tempos Livres	1-5 anos	42,14	5,39	2,65	0,009
	6-35 anos	39,69	5,63		
Casa e Família	1-5 anos	39,99	6,32	-3,02	0,003
	6-35 anos	42,92	4,63		

Supervisão de ensinos clínicos

Relativamente à variável supervisão de ensinos clínicos pode-se verificar no quadro que, a diferença entre as médias dos grupos é significativo, ao nível do Papel de Tempos Livres ($p < 0,01$), sendo favorável ao grupo de enfermeiros sem experiência de supervisão (quadro 29).

Na hierarquia das médias pode-se constatar que, o grupo de enfermeiros que já supervisionou ensinamentos clínicos apresenta uma média mais elevada no Papel de Trabalhador (42,58), em segundo lugar do Papel de Casa e Família (41,46), em terceiro do Papel de Tempos Livres (39,97) e seguido do Papel de Estudante (38,23).

O grupo de enfermeiros que refere não ter supervisionado ensinamentos clínicos apresenta a média mais elevada no Papel de Tempos Livres (42,79), seguido do Papel de Casa e Família (41,16), em terceiro do Papel de Trabalhador (41,14) e por último o Papel de Estudante (36,13).

Papéis	Supervisão de ensinamentos clínicos	Média	Desvio Padrão	t	p
Estudante	Sim	38,23	6,39	1,90	0,06
	Não	36,13	6,80		
Trabalhador	Sim	42,58	4,52	1,88	0,06
	Não	41,14	4,49		
Tempos Livres	Sim	39,97	5,51	-2,94	0,004
	Não	42,74	5,41		
Casa e Família	Sim	41,46	5,68	0,29	0,77
	Não	41,16	5,97		

Supervisão por estádios do curso

No que diz respeito à variável supervisão por estádios do curso, constata-se que, a diferença entre as médias não é significativa.

Atendendo à hierarquia das médias, no grupo de enfermeiros que supervisionaram ensinamentos clínicos de enfermagem em estádios iniciais do curso de enfermagem, a média mais elevada corresponde ao Papel de Trabalhador (42,35), em segundo do Papel de Casa e Família (39,72), seguido do Papel de Tempos Livres (39,60) e por fim o Papel de Estudante (37,40). Quer no grupo de enfermeiros que supervisionou ensinamentos clínicos em estádios avançados do

curso, quer no grupo de enfermeiros que supervisionou ensinamentos clínicos em ambos os estádios do curso a hierarquia das médias pelos papéis da carreira dos enfermeiros é semelhante ao grupo dos enfermeiros que supervisionaram ensinamentos clínicos de enfermagem nos estádios iniciais do curso (quadro 30).

Papéis	Estádios do curso	Média	Desvio Padrão
Estudante	Iniciais	37,40	8,50
	Avançados	37,63	6,42
	Ambos	38,96	5,27
Trabalhador	Iniciais	42,35	5,83
	Avançados	41,32	3,84
	Ambos	43,51	4,11
Tempos Livres	Iniciais	39,60	4,37
	Avançados	39,54	5,94
	Ambos	40,45	5,79
Casa e Família	Iniciais	39,72	7,71
	Avançados	41,13	5,08
	Ambos	42,41	4,86

Considerações Finais

Fazendo uma síntese dos resultados analisados no Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira dos enfermeiros, pode-se afirmar que na análise factorial em componentes principais dos itens extraem-se sete factores.

No que se refere à consistência interna da medida, constata-se que os resultados fornecem indicadores positivos, apresentando coeficientes acima dos (0,80).

Na análise das intercorrelações, as quatro escalas têm entre si correlações elevadas e em consequência disso, na análise factorial em componentes principais dos resultados das escalas, emerge apenas um factor.

Na amostra total, ao nível das escalas, a análise da hierarquia das médias destaca como mais salientes as crenças de auto-eficácia nos papéis de trabalhador seguido do papel de casa e família e com a média mais baixa as crenças de auto-eficácia no papel de estudante.

Após a análise dos resultados inter-grupais verifica-se que do ponto de vista estatístico há variabilidade significativa dos resultados relativos à idade, estado civil, formação pós-graduada, tempo global de serviço e supervisão de ensinos clínicos.

ESCALA DE VALORES WIS

No presente ponto são analisados os resultados da Escala de Valores WIS, usando os mesmos procedimentos indicados para os inventários analisados anteriormente.

Análise Factorial em Componentes Principais dos Itens

Após realização do teste de esfericidade de Bartlett, pode-se concluir que as variáveis são correlacionáveis e que o teste de KMO é (0,71) (anexo 11). O que permite considerar que a matriz dos dados pode ser submetida a uma análise em componentes principais dos 90 itens da Escala de Valores WIS (anexo 12).

A análise factorial em componentes principais dos itens permite-nos encontrar 20 componentes principais. Estes componentes explicam, no total, (76,8%) da variância dos dados (quadro 31).

Através do quadro apresentado pode-se afirmar que o primeiro componente com um valor próprio de (20,9) explica (23,2%) da variância dos dados, o segundo com um valor próprio de (10,52) explica (11,69%) da variância dos dados. A partir do 9º componente, a percentagem de variância explicada é já inferior a (2%). Sendo o valor próprio do último componente, 20º, (1,0) que explica (1,12%) da variância dos dados.

Os dados referentes à matriz em componentes principais transformada, a partir da rotação varimax são apresentados no anexo 13.

Quadro 31. Escala de Valores WIS - Análise em componentes principais dos itens. Valores próprios e variância explicada (n=150)

Componente Principal	Valor próprio	% de Variância explicada	% de Variância explicada acumulada
1	20,896	23,217	23,217
2	10,519	11,688	34,905
3	6,204	6,894	41,799
4	4,645	5,162	46,960
5	3,370	3,745	50,705
6	2,672	2,969	53,674
7	2,282	2,536	56,210
8	2,236	2,485	58,694
9	1,890	2,100	60,794
10	1,664	1,849	62,643
11	1,633	1,814	64,457
12	1,516	1,684	66,141
13	1,438	1,597	67,739
14	1,341	1,490	69,229
15	1,311	1,457	70,686
16	1,229	1,366	72,052
17	1,158	1,287	73,338
18	1,068	1,187	74,525
19	1,036	1,151	75,676
20	1,009	1,121	76,797

Coeficientes *Alfas de Cronbach*

No quadro 32 indicam-se os coeficientes de alfa de cronbach. Os valores encontrados situam-se entre 0,69 e 0,89. Estes coeficientes constituem indicadores positivos de consistência interna da medida.

Quadro 32. Escala de Valores WIS – Coeficientes de precisão (n=150)	
Escalas	<i>Alpha de Cronbach</i>
Utilização das capacidades	0,860
Realização	0,688
Promoção	0,757
Estético	0,868
Altruísmo	0,857
Autoridade	0,831
Autonomia	0,740
Criatividade	0,885
Económico	0,821
Estilo de vida	0,746
Desenvolvimento pessoal	0,712
Actividade física	0,743
Prestígio	0,819
Risco	0,806
Interacção Social	0,827
Relações sociais	0,727
Variedade	0,740
Condições de trabalho	0,873

Os coeficientes mais elevados dizem respeito à Criatividade (0,89), Condições de Trabalho (0,87) e Estético (0,87). Os resultados podem considerar-se, neste sentido, satisfatórios, o que demonstra a consistência interna do instrumento.

Comparando os resultados com os encontrados em estudos realizados anteriormente com adultos, verifica-se grande proximidade dos coeficientes, confirmando-se, pois, a sua consistência interna (Rafael, 1992; Duarte, 1993; Teixeira, 2000; Rodrigues, 2003 e Barros, 2007).

Distribuição dos Resultados das Escalas

No quadro 33 apresentam-se as médias, os desvios-padrão, as amplitudes, as medianas e as modas das escalas, para a amostra total.

Pode-se constatar que as três médias mais elevadas são relativas às escalas de Desenvolvimento Pessoal (17,17); de Realização (16,91) e de Altruísmo (16,65). As três mais baixas correspondem às escalas de Risco (8,60); de Autoridade (10,75) e de Prestígio (12,51).

Os resultados parecem colocar em evidência que a satisfação pessoal no trabalho, o desenvolvimento de capacidades e conhecimentos, o sentimento de ter desempenhado bem as suas actividades, assim como a importância de ajudar os outros, são valores dominantes nesta amostra. Contraditoriamente, a aceitação de tarefas que impliquem repto, dirigir ou liderar e ser admirado constituem aspectos menos valorizados.

Quadro 33. Escala de Valores WIS – Distribuição dos resultados (n=150)

Escalas	Média	Desvio Padrão	Amplitude		Mediana	Moda
			Mínimo	Máximo		
Utiliz. Capacidades	16,33	2,300	10	20	16	15
Realização	16,91	2,051	12	21	17	17
Promoção	14,40	2,677	8	20	14	13
Estético	13,11	2,458	5	16	13	16
Altruísmo	16,65	2,637	10	20	16	20
Autoridade	10,73	3,317	6	20	10	9(a)
Autonomia	15,17	2,349	9	20	15	15
Criatividade	14,59	3,039	7	20	15	15
Económico	15,28	2,627	9	20	15	14(a)
Estilo de vida	15,68	2,347	9	20	15	15
Desenv. Pessoal	17,17	1,988	10	20	17	18
Actividade física	12,94	2,807	6	20	13	14
Prestígio	12,51	3,179	5	20	12	15
Risco	8,60	3,004	5	17	8	5
Interacção social	14,37	2,779	8	20	15	15
Relações sociais	12,98	1,829	8	16	13	12
Variedade	14,40	2,520	9	20	14	14
Cond. de trabalho	15,02	2,648	9	20	15	15

Nota: a) Multimodal

Outros estudos realizados com a escala de valores WIS apresentam aspectos congruentes com os obtidos neste estudo. Deste modo o estudo realizado por Rodrigues (2003) a 115 professores do ensino básico (3ºciclo) e secundário, demonstrou que os três valores mais significativos encontrados foram Utilização das Capacidades, Desenvolvimento Pessoal e Realização, enquanto os valores menos importantes seriam o Risco, a Autoridade e o Prestígio. Como se pode concluir os resultados do estudo de Rodrigues é muito semelhante aos obtidos no estudo actual, à excepção de que neste último, o Altruísmo se encontra entre os três primeiros e no estudo de Rodrigues a Utilização das Capacidades é o que apresenta a média mais elevada.

Num outro estudo realizado em Portugal a uma amostra de 881 participantes do sexo masculino, de vários níveis etários, desempenhando profissões diversas; dentro dos três valores com médias mais elevados destacam-se, por ordem, Realização, Utilização das Capacidades e Condições de Trabalho. Os três valores com médias mais baixas foram, Risco, Variedade e Autoridade, por ordem (Duarte, 1993).

Num outro estudo realizado em Portugal (Rafael, 1992) onde a escala de valores foi aplicada a uma amostra de 479 participantes, de ambos os sexos, constituída por alunos do curso de formação de professores das Faculdades de Letras e de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, os três valores com médias mais elevadas são: o Desenvolvimento Pessoal, a Utilização das Capacidades e a Realização enquanto os três valores com médias mais baixas são: Risco, Autoridade e o Prestígio.

Registam-se ainda, alguns aspectos em comum, relativamente aos resultados obtidos por Bruto da Costa (1997) com uma amostra Portuguesa de 106 participantes, do sexo masculino e idades compreendidas entre 28 e os 42 anos, candidatos a Cursos de Promoção da Polícia de Segurança Pública. Neste estudo, os valores Utilização das Capacidades e Realização surgem entre os que apresentam médias mais elevadas e, Risco e Prestígio entre aqueles que apresentam médias mais baixas.

Em Teixeira (2000), num estudo realizado a 2465 adolescentes, encontra também como médias mais altas as escalas Desenvolvimento Pessoal, Utilização das Capacidades e Realização e como as mais baixas Risco, Autoridade e Prestígio.

Barros (2007) fornece dados semelhantes num estudo realizado a 683 alunos que frequentavam cursos do ensino superior público em Lisboa, onde as escalas mais altas se destaca Realização, Utilização das Capacidades e Desenvolvimento das Capacidades, e entre as escalas mais baixas Risco, Autoridade e Actividade Física.

Na generalidade, os dados obtidos neste estudo, e a sua comparação com estudos anteriores realizados com outras amostras, vão no sentido das conclusões de Sverko e Super (1995) com base em investigações realizadas em diferentes países: a orientação para a auto-actualização ocorre de uma forma quase sempre presente em todas as amostras, sendo a Autoridade e o Risco, em média, os objectivos menos valorizados na generalidade das amostras estudadas.

Correlações

Foram calculadas as intercorrelações das dezoito escalas que constituem a Escala de Valores WIS (quadro 34).

Quadro 34. Matriz de correlações dos resultados das escalas (n=150)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1																	
2	,811(**)																
3	,501(**)	,667(**)															
4	,355(**)	,457(**)	,223(**)														
5	,425(**)	,454(**)	,132	,807(**)													
6	,269(**)	,401(**)	,707(**)	,014	-,068												
7	,525(**)	,551(**)	,493(**)	,194(*)	,199(*)	,468(**)											
8	,678(**)	,653(**)	,595(**)	,346(**)	,315(**)	,468(**)	,586(**)										
9	,384(**)	,484(**)	,672(**)	,068	-,026	,628(**)	,499(**)	,343(**)									
10	,445(**)	,580(**)	,506(**)	,267(**)	,212(**)	,427(**)	,685(**)	,496(**)	,631(**)								
11	,484(**)	,590(**)	,297(**)	,678(**)	,608(**)	,086	,432(**)	,405(**)	,295(**)	,521(**)							
12	,152	,201(*)	,287(**)	,327(**)	,272(**)	,162	,171(*)	,301(**)	,314(**)	,357(**)	,320(**)						
13	,480(**)	,505(**)	,550(**)	,058	,058	,600(**)	,619(**)	,535(**)	,565(**)	,512(**)	,279(**)	,151					
14	,043	-,009	,171(*)	-,258(**)	-,200(*)	,259(**)	,214(**)	,258(**)	,258(**)	,255(**)	-,214(**)	,302(**)	,319(**)				
15	,384(**)	,271(**)	,063	,194(*)	,255(**)	,007	,332(**)	,305(**)	,228(**)	,320(**)	,290(**)	,365(**)	,293(**)	,300(**)			
16	,335(**)	,298(**)	,056	,388(**)	,463(**)	-,159	,224(**)	,196(*)	,137	,306(**)	,491(**)	,433(**)	,156	,062	,685(**)		
17	,422(**)	,414(**)	,303(**)	,408(**)	,386(**)	,216(**)	,463(**)	,509(**)	,284(**)	,503(**)	,404(**)	,561(**)	,342(**)	,320(**)	,569(**)	,562(**)	
18	,574(**)	,498(**)	,461(**)	,011	,106	,353(**)	,488(**)	,442(**)	,501(**)	,451(**)	,181(*)	,137	,475(**)	,197(*)	,402(**)	,213(**)	,262(**)

Nota: ** p<0,01; * p<0,05

Legenda: 1- Utilização das Capacidades; 2- Realização; 3- Promoção; 4- Estético; 5- Altruísmo; 6- Autoridade; 7- Autonomia; 8- Criatividades; 9- Económico; 10- Estilo de Vida; 11- Desenvolvimento Pessoal; 12- Actividade Física; 13- Prestígio; 14- Risco; 15- Interação Social; 16- Relações Sociais; 17- Variedade; 18- Condições de Trabalho.

Os resultados obtidos salientam coeficientes de correlação elevados entre os valores: Altruísmo e Estético (0,81); Autoridade e Promoção (0,71); Estilo de Vida e Autonomia (0,69); Relações Sociais e Interação Social (0,69); Criatividade e Utilização das Capacidades (0,68); Desenvolvimento Pessoal e Estético (0,68); Económico e Promoção (0,67) e Promoção e Realização (0,67). Encontram-se também correlações muito elevadas entre Realização e criatividade (0,65), entre Económico e Autoridade e Económico e Estilo de Vida, ambas com (0,63), entre Prestígio e Autonomia (0,62), entre Desenvolvimento Pessoal e Altruísmo (0,61) e entre Prestígio e Autoridade(0,60), apresentando coeficientes de correlação elevados, superiores a 0,60. Existem muitas outras correlações elevadas com coeficientes de correlação superiores a 0,50.

As correlações mais baixas, próximas de 0, surgem entre Realização e Risco; entre Promoção e as escalas de Interação Social e Relações Sociais; entre Estético e as escalas de Autoridade, Económico, Prestígio e Condições de Trabalho; entre Altruísmo e as escalas de Autoridade, Económico e Prestígio e entre Autoridade e as escalas de Desenvolvimento Pessoal e Interação Social.

Análise Factorial em Componentes Principais das Escalas

Após realização do teste de esfericidade de Bartlett, pode-se concluir que as variáveis são correlacionáveis e que o teste de KMO é 0,85. Pelo que se pode proceder à análise em componentes principais (anexo 14).

Quadro 35. Escala de Valores WIS – Análise factorial em componentes principais, ao nível das escalas (n=150)				
Escalas	Factores			
	1	2	3	4
Utilização das capacidades	,766	,065	-,206	-,393
Realização	,815	,028	-,353	-,154
Promoção	,703	-,386	-,263	,247
Estético	,444	,665	-,363	,261
Altruísmo	,417	,715	-,277	,053
Autoridade	,556	-,587	-,180	,314
Autonomia	,754	-,171	-,029	-,126
Criatividade	,762	-,093	-,082	-,079
Económico	,655	-,449	-,010	,227
Estilo de Vida	,783	-,112	,049	,111
Desenvolvimento pessoal	,603	,475	-,300	,087
Actividade física	,481	,238	,412	,563
Prestígio	,680	-,435	,045	-,166
Risco	,253	-,377	,683	,096
Interacção social	,532	,328	,574	-,328
Relações sociais	,479	,586	,443	-,118
Variedade	,665	,298	,433	,183
Condições de trabalho	,651	-,231	,051	-,407
Valor Próprio	7,118	2,911	1,929	1,177
% Variância explicada	39,545	16,174	10,717	
	Total 72,973			

A análise factorial das escalas em componentes principais, que se apresenta no quadro 35, permitiu extrair quatro factores com lambda superior a 1, os quais explicam 72,97% da variância total.

A matriz foi submetida a uma rotação varimax, cujos resultados são apresentados no quadro 36.

Dos quatro factores extraídos:

-Factor I, explica cerca de 40% da variância total, sendo definido pelos valores Promoção (0,82), Autoridade (0,87), Económico (0,77), Estilo de vida (0,58) e o Prestígio (0,56), embora este último apresente uma saturação mais elevada no factor II.

- O factor II, responsável por 16,2% da variância total, define-se pelos valores Utilização das Capacidades (0,77), Realização (0,62), Autonomia (0,56), Criatividade (0,53), Prestígio

(0,58) e Condições de trabalho (0,73). A interação social apresenta uma saturação de (0,51), no entanto tem uma saturação mais elevada no factor IV.

Escalas	Factores			
	I	II	III	IV
Utilização das capacidades	,251	,767	,357	,097
Realização	,455	,616	,475	,036
Promoção	,820	,271	,162	-,003
Estético	,088	-,004	,893	,183
Altruísmo	-,083	,137	,832	,216
Autoridade	,869	,149	-,069	-,056
Autonomia	,486	,563	,135	,207
Criatividade	,481	,525	,233	,205
Económico	,770	,253	-,045	,155
Estilo de Vida	,580	,380	,191	,352
Desenvolvimento pessoal	,188	,247	,743	,198
Actividade física	,367	-,217	,226	,736
Prestígio	,559	,577	-,133	,134
Risco	,288	,078	-,544	,545
Interação social	-,154	,508	,046	,737
Relações sociais	-,200	,288	,329	,743
Variedade	,237	,188	,249	,773
Condições de trabalho	,296	,731	-,045	,149

- O Factor III, representa 10,72% da variância total, integrando os valores Estético (0,89), Altruísmo (0,83) e Desenvolvimento pessoal (0,74). Este factor apresenta ainda uma saturação negativa com a escala Risco (-0,54).

- O factor IV, explica 6,52% da variância total e inclui os valores: Actividade física (0,74), Risco (0,55), Interação social (0,74), Relação social (0,74) e Variedade (0,77).

Como podemos observar no quadro 37, que representa a síntese da análise factorial das escalas em componentes principais:

Quadro 37. Escala de Valores WIS – Síntese da análise factorial das escalas em componentes principais com rotação varimax, por ordem.			
Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
Promoção (0,82) Autoridade (0,87) Económico (0,77) Estilo de Vida (0,58) Prestígio (0,56)*	Utiliza. Capacidades (0,77) Realização (0,62) Autonomia (0,56) Criatividade (0,53) Prestígio (0,58)* Cond. Trabalho (0,73) Int. Social (0,51)*	Estético (0,89) Altruísmo (0,83) Desenv. Pessoal (0,74) Risco (-0,54)*	Act. Física (0,74) Variedade (0,77) Int. Social (0,74)* Rel. Sociais (0,74) Risco (0,55)*

Nota: *escalas com saturações elevadas em mais do que 1 componente.

Usando a terminologia de Sverko (1995), que tem a vantagem de utilizar definições abrangentes, pode-se afirmar que o factor I engloba componentes de orientação utilitária, o factor II componentes de orientação para a auto-actualização, o factor III componentes de expressão individual e o factor IV componentes de orientação social e para a aventura.

De um modo geral, os estudos realizados em Portugal com estudantes do ensino básico, do ensino secundário e do ensino superior e com adultos, encontram uma estrutura em quatro ou cinco componentes (Rafael, 1992; Duarte, 1993; Teixeira, 2000; Barros, 2007)

Pode-se considerar que, apesar de algumas diferenças encontradas nas diferentes amostras, aparecem, em geral, usando as designações de Sverko (1995), componentes de orientação social, de orientação utilitária, de orientação para a auto-actualização, para a expressão individual e para a aventura, podendo dois destes surgir agrupados no mesmo componente, como é o caso do estudo actual.

Análise dos Resultados Inter-Grupais

Este ponto refere-se à análise dos resultados inter-grupais obtidos. Pretende verificar se do ponto de vista estatístico, existem relações significativas entre as variáveis estudadas. Os resultados da Escala de Valores WIS são analisados segundo as variáveis: sexo, idade, estado civil, formação pós-graduada, tempo global de serviço, instituição de serviço e supervisão dos vários estádios do curso.

Sexo

No quadro 38 apresentam-se as médias e desvio-padrão relativos à variável sexo bem como a relação crítica da diferença entre as médias e ordenação das mesmas.

No que se refere à relação crítica da diferença entre as médias verifica-se a existência de diferença, a favor do sexo feminino, nos valores Altruísmo e Estético ($p < 0,05$), e no valor Actividade Física ($p < 0,05$) a favor do grupo de enfermeiros do sexo masculino.

Reportando-nos para estudos efectuados anteriormente e citados por Barros (2007), Teixeira (2000), Rodrigues (2003) e Ferreira Marques (1989), verifica-se que a diferença entre as médias significativamente diferentes relativamente ao valor Altruísmo é favorecido para o sexo feminino e o valor Actividade Física é favorecido para o sexo masculino, corroborando o estudo actual o estereótipo encontrado em estudos anteriores.

Desta forma, verifica-se que na presente amostra de enfermeiros o estudo da diferença de médias revela o impacto da variável sexo, embora a ordenação das médias para os dois sexos seja semelhante, sugerindo alguma sobreposição nos dois grupos de importância relativa de valores. Em síntese, as diferenças significativas a favor dos rapazes exprime-se mais na escala

de valor orientada para a aventura como a Actividade Física enquanto, as médias são significativamente superiores para o sexo feminino, nas componentes de expressão individual.

Constata-se, pela leitura do quadro 38, que os três valores mais elevados das médias são, respectivamente: Desenvolvimento Pessoal (17,27); Altruísmo (17,08) e Realização (16,95), para o sexo feminino e Desenvolvimento Pessoal (16,98); Realização (16,82) e Utilização das Capacidades(15,90), para o sexo masculino. Assim verifica-se que o Desenvolvimento Pessoal e a Realização são valores que apresentam médias elevadas em ambos os sexos.

Valores	Sexo	Média	Desvio Padrão	t	p
Utilização das capacidades	Feminino	16,55	2,282	1,627	,106
	Masculino	15,90	2,297		
Realização	Feminino	16,95	2,078	,353	,724
	Masculino	16,82	2,017		
Promoção	Feminino	14,28	2,725	-,724	,470
	Masculino	14,62	2,594		
Estético	Feminino	13,40	2,441	2,087	,039
	Masculino	12,53	2,411		
Altruísmo	Feminino	17,08	2,524	2,822	,005
	Masculino	15,82	2,674		
Autoridade	Feminino	10,47	3,376	-1,329	,186
	Masculino	11,24	3,172		
Autonomia	Feminino	15,22	2,534	,407	,684
	Masculino	15,06	1,964		
Criatividade	Feminino	14,73	3,207	,788	,432
	Masculino	14,31	2,694		
Económico	Feminino	15,09	2,796	-1,182	,239
	Masculino	15,63	2,254		
Estilo de Vida	Feminino	15,60	2,445	-,610	,543
	Masculino	15,84	2,158		
Desenvolvimento pessoal	Feminino	17,27	1,987	,825	,411
	Masculino	16,98	1,995		
Actividade física	Feminino	12,59	2,697	-2,121	,036
	Masculino	13,61	2,919		
Prestígio	Feminino	12,36	3,316	-,813	,417
	Masculino	12,80	2,905		
Risco	Feminino	8,30	3,006	-1,708	,090
	Masculino	9,18	2,944		
Interacção social	Feminino	14,48	2,768	,683	,495
	Masculino	14,16	2,817		
Relações sociais	Feminino	13,04	1,857	,567	,571
	Masculino	12,86	1,784		
Variedade	Feminino	14,48	2,626	,571	,569
	Masculino	14,24	2,320		
Condições de trabalho	Feminino	14,94	2,795	-,518	,605
	Masculino	15,18	2,355		

Relativamente às três médias mais baixas, verifica-se igual similaridade registando-se nos valores: Risco (8,30 e 9,18) e Autoridade (10,47 e 11,24), para os sexos feminino e

masculino, respectivamente; o outro valor com média mais baixa no sexo feminino é o Prestígio (12,36), enquanto para o sexo masculino é valor Estético (12,53).

A comparação destes resultados com os obtidos em estudos anteriores permite-nos afirmar existir semelhanças, quer no que respeita aos valores com as médias mais elevadas (como o Desenvolvimento Pessoal e a realização), quer nos que têm médias mais baixas (Risco, Autoridade) (Ferreira Marques, 1989; Rodrigues, 2003 e Barros, 2007).

Idade

No quadro apresentam-se os valores relativos a média, desvios padrão das escalas de valores para cada subgrupo de idade considerado. Consta ainda neste quadro a relação crítica da diferença entre as médias e a ordenação das médias das escalas.

A análise efectuada permite concluir que não existem diferenças significativas na variável idade.

A leitura do quadro 39 permite constatar que o valor com média mais elevada diz respeito ao Desenvolvimento Pessoal, em ambos os subgrupos de idade (enfermeiros mais novos 17,07 e nos enfermeiros mais velhos 17,29). No grupo de indivíduos mais novos o segundo e terceiro valores são a Realização (16,87) e o Altruísmo (16,41) respectivamente; nos enfermeiros mais velhos estes valores são o inverso relativamente aos mais novos: correspondendo o segunda média mais alta ao Altruísmo (16,98) e ao terceiro a Realização (16,94).

No que se refere aos três valores com as médias mais baixas, nos subgrupos de idade, correspondem ao Risco, Autoridade e Prestígio.)

Quadro 39. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável idade (n=150)			
Valores	Idade	Média	Desvio Padrão
Utilização das capacidades	21-29 anos	16,27	2,286
	30-59 anos	16,38	2,345
Realização	21-29 anos	16,87	2,057
	30-59 anos	16,94	2,070
Promoção	21-29 anos	14,51	2,577
	30-59 anos	14,23	2,831
Estético	21-29 anos	13,01	2,329
	30-59 anos	13,25	2,652
Altruísmo	21-29 anos	16,41	2,656
	30-59 anos	16,98	2,617
Autoridade	21-29 anos	10,49	3,122
	30-59 anos	11,02	3,569
Autonomia	21-29 anos	14,94	2,209
	30-59 anos	15,47	2,533
Criatividade	21-29 anos	14,45	2,781
	30-59 anos	14,73	3,385
Económico	21-29 anos	15,34	2,481
	30-59 anos	15,13	2,808
Estilo de Vida	21-29 anos	15,64	2,174
	30-59 anos	15,68	2,564
Desenvolvimento pessoal	21-29 anos	17,07	1,887
	30-59 anos	17,29	2,136
Actividade física	21-29 anos	13,13	2,768
	30-59 anos	12,62	2,831
Prestígio	21-29 anos	12,49	3,020
	30-59 anos	12,56	3,429
Risco	21-29 anos	8,50	2,881
	30-59 anos	8,63	3,106
Interacção social	21-29 anos	14,45	2,889
	30-59 anos	14,19	2,596
Relações sociais	21-29 anos	13,14	1,835
	30-59 anos	12,73	1,803
Variedade	21-29 anos	14,43	2,384
	30-59 anos	14,28	2,672
Condições de trabalho	21-29 anos	14,87	2,660
	30-59 anos	15,19	2,651

Comparando estes resultados com os obtidos por Rodrigues (2003), é similar as elevadas médias para os valores Desenvolvimento Pessoal e Realização para ambos os subgrupos de idade. No que diz respeito aos valores com médias mais baixas, de uma forma idêntica ao que acontece no estudo actual, surgem em ambos os subgrupos de idade da amostra de Rodrigues (2003), O Prestígio a Autoridade e o Risco.

Como nota adicional, passível de explicar as não diferenças significativas em função da idade e de acordo com alguns investigadores, é colocada a hipótese de que um ambiente de trabalho experienciado de forma comum tende a gerar uma resposta idêntica e, dessa forma, a experiência profissional poderá conduzir à definição de determinados valores relacionados

com a mesma. Por outro lado, vários autores defendem a ideia de que os valores, incluindo os de trabalho, se formam muito cedo no processo de desenvolvimento e se mantêm ao longo da vida, procurando os indivíduos maximizar a aplicação e a recompensa, de tais valores nos contextos profissionais por si eleitos (Walker, 1982, citado por Rodrigues, 2003).

Estado civil

No que se refere ao estado civil, conforme se pode observar no quadro 40, existem diferenças das médias significativas nos valores Estilo de Vida, Actividade Física e Relações Sociais ($p < 0,05$) a favor do grupo de enfermeiros solteiros.

Valores	Estado civil	Média	Desvio Padrão	t	p
Utilização das capacidades	Solteiro	16,55	2,283	1,365	,175
	Casado	16,03	2,043		
Realização	Solteiro	17,15	2,033	1,819	,071
	Casado	16,53	1,866		
Promoção	Solteiro	14,49	2,431	,183	,855
	Casado	14,41	2,762		
Estético	Solteiro	12,99	2,504	,293	,770
	Casado	12,86	2,424		
Altruísmo	Solteiro	16,58	2,641	,675	,501
	Casado	16,27	2,576		
Autoridade	Solteiro	10,61	2,989	-,829	,409
	Casado	11,07	3,474		
Autonomia	Solteiro	15,25	2,009	,155	,877
	Casado	15,19	2,503		
Criatividade	Solteiro	14,65	2,842	,190	,850
	Casado	14,55	2,873		
Económico	Solteiro	15,37	2,434	,214	,831
	Casado	15,28	2,783		
Estilo de Vida	Solteiro	16,13	1,990	2,564	,011
	Casado	15,12	2,603		
Desenvolvimento pessoal	Solteiro	17,37	1,914	1,979	,050
	Casado	16,68	2,097		
Actividade física	Solteiro	13,47	2,814	2,267	,025
	Casado	12,37	2,762		
Prestígio	Solteiro	12,65	2,869	,487	,627
	Casado	12,39	3,326		
Risco	Solteiro	8,71	2,923	-,226	,822
	Casado	8,82	2,977		
Interacção social	Solteiro	14,66	2,908	1,345	,181
	Casado	14,02	2,530		
Relações sociais	Solteiro	13,30	1,897	2,478	,014
	Casado	12,53	1,670		
Variedade	Solteiro	14,76	2,331	1,823	,071
	Casado	13,98	2,574		
Condições de trabalho	Solteiro	15,00	2,552	-,273	,785
	Casado	15,12	2,555		

Os três valores médios mais elevados são, quer para o grupo de enfermeiros solteiros, quer para o grupo de enfermeiros casados, respectivamente: Desenvolvimento Pessoal (17,37 e 16,68), Realização (17,15 e 16,53) e Altruísmo (16,58 e 16,27).

No que se refere aos valores médios mais baixos o Risco (8,71 e 8,82) e Autoridade (10,61 e 11,07) correspondem a valores que são partilhados, tanto pelos solteiros, como pelos casados, respectivamente. No que se refere aos indivíduos solteiros o terceiro valor com média mais baixa é o Prestígio (12,65), enquanto nos indivíduos casados esse valor corresponde à Actividade Física (12,37).

Formação pós-graduada

A variável formação pós-graduada, referencia-se ao grupo dos enfermeiros com formação pós-graduada e ao grupo dos enfermeiros que não têm formação pós-graduada. Na análise do quadro pode-se constatar que existe diferença entre as médias que são significativas ao nível dos valores: Realização, Promoção, Estético, Autoridade e Criatividade ($p < 0,05$) a favor do grupo dos enfermeiros que possui formação pós-graduada. Os resultados demonstram ainda que existe diferença significativa nas médias nos grupos ao nível do valor Relações Sociais ($p < 0,05$) a favor do grupo de enfermeiros que não realizou formação pós-graduada (quadro 41).

Na hierarquia das médias os valores que obtiveram médias mais elevadas nos enfermeiros que já realizaram formação pós-graduada, são: Realização (17,59), Desenvolvimento Pessoal (17,53) e Altruísmo (17,15). Nos enfermeiros que referem não ter realizado nenhum tipo de formação pós-graduada os valores com médias mais elevadas são: Desenvolvimento Pessoal (17,06), Realização (16,70) e Utilização das Capacidades (16,19). Os valores que demonstram médias mais baixas são semelhantes nos grupos; deste modo, os enfermeiros pós-graduados e

enfermeiros sem pós-graduação, respectivamente: Risco (8,35 e 8,67), Autoridade (11,91 e 10,39) e Prestígio (12,47 e 12,52).

Quadro 41. Escala de Valores WIS – Teste <i>t</i> de diferença de médias por formação pós-graduada (n=150)					
Valores	Formação pós-graduada	Média	Desvio Padrão	t	p
Utilização das capacidades	Sim	16,79	2,626	1,346	,180
	Não	16,19	2,188		
Realização	Sim	17,59	2,285	2,237	,027
	Não	16,70	1,942		
Promoção	Sim	15,29	2,802	2,262	,025
	Não	14,13	2,589		
Estético	Sim	13,85	2,426	2,034	,044
	Não	12,89	2,434		
Altruísmo	Sim	17,15	2,841	1,265	,208
	Não	16,50	2,567		
Autoridade	Sim	11,91	3,794	2,345	,020
	Não	10,39	3,102		
Autonomia	Sim	15,15	2,935	-,058	,954
	Não	15,17	2,161		
Criatividade	Sim	15,76	3,340	2,620	,010
	Não	14,24	2,870		
Económico	Sim	15,38	2,796	,270	,788
	Não	15,24	2,587		
Estilo de Vida	Sim	15,91	2,503	,654	,514
	Não	15,61	2,306		
Desenvolvimento pessoal	Sim	17,53	2,351	1,207	,229
	Não	17,06	1,864		
Actividade física	Sim	12,88	2,772	-,135	,893
	Não	12,96	2,830		
Prestígio	Sim	12,47	4,024	-,082	,935
	Não	12,52	2,903		
Risco	Sim	8,35	3,515	-,539	,591
	Não	8,67	2,849		
Interacção social	Sim	13,59	2,893	-1,889	,061
	Não	14,60	2,715		
Relações sociais	Sim	12,35	1,807	-2,308	,022
	Não	13,17	1,801		
Variedade	Sim	14,73	2,155	,849	,397
	Não	14,30	2,616		
Condições de trabalho	Sim	14,41	3,125	-1,530	,128
	Não	15,20	2,478		

Tempo global de serviço

Como foi referido anteriormente, a variável tempo global de serviço foi definida em dois grupos, sendo o primeiro grupo referente aos participantes que trabalham há 5 anos ou menos e o segundo grupo engloba os enfermeiros que têm 6 anos ou mais de exercício profissional.

A análise efectuada não nos permite concluir sobre a existência de diferenças significativas (ao nível da probabilidade de 1% ou de 5%) no que se refere aos valores considerando estes subgrupos de tempo global de serviço.

Verifica-se que os valores que têm médias mais elevadas no grupo dos enfermeiros com menos anos de serviço são: Desenvolvimento Pessoal (17,29), Realização (16,90) e Altruísmo (16,35); nos enfermeiros que apresentam mais tempo de exercício profissional os valores com médias mais elevadas convergem com os do grupo anterior. Se atendermos aos valores que apresentam as médias mais baixas, constatamos que em ambos os grupos os valores são o Risco, a Autoridade e o Prestígio (quadro 42).

Quadro 42. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável tempo global de serviço (n=150)			
Valores	Tempo global de serviço	Média	Desvio Padrão
Utilização das capacidades	1-5 anos	16,18	2,305
	6-35 anos	16,51	2,298
Realização	1-5 anos	16,90	2,126
	6-35 anos	16,91	1,976
Promoção	1-5 anos	14,62	2,518
	6-35 anos	14,13	2,849
Estético	1-5 anos	13,14	2,161
	6-35 anos	13,07	2,783
Altruísmo	1-5 anos	16,35	2,672
	6-35 anos	17,00	2,570
Autoridade	1-5 anos	10,71	3,138
	6-35 anos	10,76	3,537
Autonomia	1-5 anos	15,07	2,149
	6-35 anos	15,28	2,579
Criatividade	1-5 anos	14,49	2,868
	6-35 anos	14,70	3,246
Económico	1-5 anos	15,49	2,546
	6-35 anos	15,03	2,717
Estilo de Vida	1-5 anos	15,89	2,230
	6-35 anos	15,43	2,470
Desenvolvimento pessoal	1-5 anos	17,29	1,870
	6-35 anos	17,03	2,123
Actividade física	1-5 anos	13,23	2,821
	6-35 anos	12,59	2,771
Prestígio	1-5 anos	12,51	2,959
	6-35 anos	12,51	3,445
Risco	1-5 anos	8,46	2,881
	6-35 anos	8,76	3,158
Interacção social	1-5 anos	14,41	3,032
	6-35 anos	14,33	2,471
Relações sociais	1-5 anos	13,11	1,962
	6-35 anos	12,82	1,657
Variedade	1-5 anos	14,51	2,594
	6-35 anos	14,27	2,441
Condições de trabalho	1-5 anos	14,83	2,529
	6-35 anos	15,25	2,783

Supervisão de ensinos clínicos

Na análise das médias dos valores, por supervisão de ensinos clínicos, engloba-se dois grupos, os que afirmam já ter supervisionado ensinos clínicos e o grupo de enfermeiros que não supervisionou ensinos clínicos.

Perante os resultados obtidos pode-se constatar que não existe diferenças significativas entre as médias dos dois grupos de supervisão de ensinos clínicos.

Valores	Supervisão de ensinos clínicos	Média	Desvio Padrão
Utilização das capacidades	Sim	16,44	2,412
	Não	16,15	2,103
Realização	Sim	17,05	2,152
	Não	16,65	1,858
Promoção	Sim	14,65	2,814
	Não	13,98	2,400
Estético	Sim	13,07	2,420
	Não	13,16	2,543
Altruísmo	Sim	16,71	2,523
	Não	16,55	2,840
Autoridade	Sim	10,99	3,382
	Não	10,31	3,191
Autonomia	Sim	15,16	2,559
	Não	15,18	1,974
Criatividade	Sim	14,73	3,166
	Não	14,34	2,824
Económico	Sim	15,39	2,620
	Não	15,07	2,652
Estilo de Vida	Sim	15,73	2,472
	Não	15,59	2,139
Desenvolvimento pessoal	Sim	17,16	2,060
	Não	17,18	1,877
Actividade física	Sim	12,99	2,826
	Não	12,86	2,799
Prestígio	Sim	12,56	3,242
	Não	12,43	3,098
Risco	Sim	8,58	2,905
	Não	8,63	3,188
Interacção social	Sim	14,18	2,778
	Não	14,70	2,776
Relações sociais	Sim	12,92	1,721
	Não	13,07	2,008
Variedade	Sim	14,48	2,360
	Não	14,27	2,780
Condições de trabalho	Sim	15,19	2,725
	Não	14,73	2,512

Os valores que apresentam médias mais elevadas, em ambos os grupos, quer nos que supervisionaram ensinos clínicos, quer no grupo dos enfermeiros que ainda não o fizeram,

respectivamente, eles são: Desenvolvimento Pessoal (17,16 e 17,18), Realização (17,05 e 16,65) e Altruísmo (16,71 e 16,55). Da mesma, os valores que apresentam médias mais baixas, também em ambos os grupos, são: Risco (8,58 e 8,67), Autoridade (10,99 e 10,31) e Prestígio (12,56 e 12,43) para os enfermeiros que supervisionaram ensinamentos clínicos e para o grupo de enfermeiros que ainda não o fez, respectivamente (quadro 43).

Supervisão de ensinamentos clínicos por estágios do curso

Perante a análise dos resultados da supervisão de ensinamentos clínicos por estágios do curso, pode-se concluir que não existe diferença significativa entre as médias dos valores dos três grupos distintos.

No grupo de enfermeiros que supervisionou ensinamentos clínicos em fases iniciais do curso, os valores com as médias mais altas são referentes: Desenvolvimento Pessoal (17,10), Realização (17,00) e Altruísmo (16,60); enquanto os valores com médias mais baixas nestes grupos de enfermeiros são: Risco (8,80), Autoridade (10,95) e Prestígio (11,80).

No grupo de enfermeiros que refere ter supervisionado ensinamentos clínicos em estágios avançados do curso, os valores que apresentam médias mais elevadas são: Desenvolvimento Pessoal (17,22), Realização (16,07) e Utilização das Capacidades e Altruísmo (ambos com 16,07); no que se refere aos valores que têm médias mais baixas surge: Risco (8,37), Autoridade (10,46) e Estético (12,79).

Tendo em consideração os enfermeiros que referem ter supervisionado ensinamentos clínicos de enfermagem em ambos os estágios do curso, os valores com médias mais elevadas são: Altruísmo (17,16), Desenvolvimento Pessoal (17,15) e Realização (17,11). No que se diz respeito aos valores com médias mais baixas, neste grupo de enfermeiros, são: Risco (8,61), Autoridade (11,34) e Prestígio (12,47) (quadro 44).

Quadro 44. Escala de Valores WIS – Média e desvio padrão da variável supervisão do tipo de estágio do curso (n=150)			
Valores	Estádios do curso	Média	Desvio Padrão
Utilização Capacidades	Iniciais	15,95	2,63
	Avançados	16,07	2,40
	Ambos	16,87	2,30
Realização	Iniciais	17,00	2,62
	Avançados	17,00	1,74
	Ambos	17,11	2,20
Promoção	Iniciais	14,75	2,99
	Avançados	14,64	2,52
	Ambos	14,61	2,95
Estético	Iniciais	13,45	1,88
	Avançados	12,79	2,23
	Ambos	13,09	2,74
Altruísmo	Iniciais	16,60	2,80
	Avançados	16,07	2,11
	Ambos	17,16	2,60
Autoridade	Iniciais	10,95	4,05
	Avançados	10,46	2,90
	Ambos	11,34	3,38
Autonomia	Iniciais	15,00	2,13
	Avançados	15,50	2,41
	Ambos	15,02	2,84
Criatividade	Iniciais	14,80	3,49
	Avançados	14,21	2,44
	Ambos	15,02	3,43
Económico	Iniciais	15,45	2,76
	Avançados	15,64	2,48
	Ambos	15,22	2,68
Estilo de Vida	Iniciais	15,55	2,76
	Avançados	15,89	2,13
	Ambos	15,72	2,58
Desenv. Pessoal	Iniciais	17,10	2,29
	Avançados	17,22	1,67
	Ambos	17,15	2,20
Actividade Física	Iniciais	13,10	2,63
	Avançados	13,41	2,99
	Ambos	12,70	2,84
Prestígio	Iniciais	11,80	3,62
	Avançados	13,25	2,62
	Ambos	12,47	3,40
Risco	Iniciais	8,80	3,50
	Avançados	8,37	2,53
	Ambos	8,61	2,89
Interacção Social	Iniciais	13,60	2,95
	Avançados	14,14	3,15
	Ambos	14,46	2,47
Relações Sociais	Iniciais	12,70	1,69
	Avançados	13,00	1,70
	Ambos	12,98	1,78
Variedade	Iniciais	14,00	2,43
	Avançados	14,48	2,33
	Ambos	14,69	2,37
Condiç. de Trabalho	Iniciais	14,85	2,78
	Avançados	14,75	2,68
	Ambos	15,61	2,73

Considerações Finais

Fazendo uma síntese dos resultados analisados na Escala de Valores WIS, verificou-se que na análise factorial ao nível dos itens, extraem-se 20.

Os *Alpha de Cronbach* encontrados nas componentes que constituem a Escala de Valores WIS fornecem indicadores positivos da consistência interna da medida, apresentando coeficientes acima de (0,69).

A leitura dos dados relativa à distribuição da amostra total, permite afirmar que os enfermeiros que constituem a amostra apresentam uma tendência para valorizarem os aspectos ligados ao desenvolvimento de si próprio, à realização e a ajuda para com o outro. Quanto aos aspectos menos valorizados salientam-se, para além do Risco, a Autoridade e o Prestígio.

Foram também calculadas as intercorrelações dos resultados das escalas, que de uma forma geral apresentam correlações, na sua maioria, elevadas.

A análise factorial ao nível das escalas isolou quatro factores. Pode-se afirmar que o factor I engloba componentes de orientação utilitária, o factor II componentes de orientação para a auto-actualização, o factor III componentes de expressão individual e o factor IV componentes de orientação social e para a aventura, segundo a terminologia de Sverko (1995).

Após a análise dos resultados inter-grupais verifica-se que do ponto de vista estatístico existem relações significativas nas variáveis sexo, estado civil e formação pós-graduada.

ANÁLISE DOS RESULTADOS DO INVENTÁRIO AUTO-AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO DE ENSINOS CLÍNICOS, DO INVENTÁRIO DE CRENÇAS DE AUTO-EFICÁCIA NOS PAPÉIS DA CARREIRA DOS ENFERMEIROS E DA ESCALA DE VALORES WIS

Neste capítulo serão analisadas as relações entre o Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos, do Inventário de Crenças de Auto-Eficácia nos Papéis de Carreira e a Escala de Valores WIS ao nível das correlações e da análise factorial.

Correlações

No presente estudo procedeu-se à análise das relações dos resultados do Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos com os resultados do Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira dos enfermeiros e com os da Escala de Valores WIS, conforme se pode observar no quadro 45.

Quanto à análise da associação dos Inventários de Auto-avaliação na Supervisão e Auto-eficácia nos papéis, salienta-se a correlação mais alta (0,42) entre a componente técnica e a escala de papel de Estudante, seguida da correlação da componente relacional e a escala de papel de tempos livres (0,34) e da correlação entre a componente relacional e a escala de papel de estudante (0,30).

As correlações mais baixas, próximas de 0, surgem entre a componente técnica e as escalas de papel de tempos livres e casa e família e entre a componente relacional e a escala de papel de casa e família.

Quadro 45. Matriz de correlações dos resultados da escalas de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos com a escala de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira e com a Escala de Valores WIS (n=150)

Escalas	Componente técnica	Componente relacional
Papel de Estudante	0,42(**)	0,30(**)
Papel de Trabalhador	0,23(*)	0,24(*)
Papel de Tempos livres	0,02	0,34(**)
Papel de Casa e família	0,07	0,02
Utilização das capacidades	0,33(**)	0,16
Realização	0,34(**)	0,25(*)
Promoção	0,36(**)	0,12
Estético	0,09	0,13
Altruísmo	0,02	0,23(*)
Autoridade	0,47(**)	0,18
Autonomia	0,37(**)	0,17
Criatividade	0,33(**)	0,13
Económico	0,40(**)	0,12
Estilo de vida	0,35(**)	0,19
Desenvolvimento pessoal	0,14	0,08
Actividade física	0,15	0,19
Prestígio	0,35(**)	0,25(*)
Risco	0,03	0,05
Interação social	0,12	0,25(*)
Relações sociais	-0,006	0,22(*)
Variedade	0,23(*)	0,30(**)
Condições de trabalho	0,32(**)	0,23(*)

** p<0,01; * p<0,05

Quanto aos resultados obtidos da análise do Inventário de Auto-avaliação de Supervisão com a Escala de Valores WIS, salientam-se a correlação mais alta (0,47) entre a componente técnica e a escala Autoridade, seguida da correlação entre a componente técnica e a escala Económico (0,40).

A componente técnica com a escala Autonomia (0,37), Promoção (0,36), Estilo de Vida (0,35), Prestígio (0,35), Realização (0,34), Utilização das capacidades (0,33), Criatividade (0,33) e Condições de Trabalho (0,32) e a componente relacional com a escala Variedade (0,30) também apresentam coeficientes de correlação relativamente elevados, superiores a 0,30.

As correlações mais baixas, próximas de 0, surgem entre a componente técnica e as escalas Estético, Altruísmo, Risco e Relações Sociais e entre a componente relacional e a escala Desenvolvimento Pessoal.

No quadro 46 pode-se analisar as relações existentes entre a escala de valores e as crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira dos enfermeiros.

Quadro 46. Matriz de correlações dos resultados das escalas de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira e de Valores WIS (n=150)

Valores	Papel de Estudante	Papel de Trabalhador	Papel de Tempos livres	Papel de Casa e família
Utilização das capacidades	0,54(**)	0,45(**)	0,15	0,21(*)
Realização	0,57(**)	0,47(**)	0,15	0,18(*)
Promoção	0,46(**)	0,27(**)	-0,02	0,12
Estético	0,23(**)	0,45(**)	0,21(*)	0,17
Altruísmo	0,26(**)	0,54(**)	0,26(**)	0,31(**)
Autoridade	0,28(**)	0,09	-0,04	-0,05
Autonomia	0,32(**)	0,30(**)	0,14	0,12
Criatividade	0,57(**)	0,36(**)	0,15	0,12
Económico	0,14	0,14	0,07	0,06
Estilo de vida	0,21(*)	0,22(**)	0,22(**)	-0,02
Desenvolvimento pessoal	0,32(**)	0,48(**)	0,33(**)	0,22(*)
Actividade física	0,10	0,14	0,33(**)	0,08
Prestígio	0,30(**)	0,12(*)	0,10	0,07
Risco	0,02	-0,22(**)	0,09	-0,09
Interação social	0,13	0,12	0,44(**)	0,24(**)
Relações sociais	0,10	0,27(**)	0,49(**)	0,24(**)
Variedade	0,23(**)	0,19(*)	0,35(**)	0,09
Condições de trabalho	0,25(**)	0,25(**)	0,20(*)	0,24(**)

** p<0,01; * p<0,05

Após observação dos dados obtidos constata-se as correlações mais elevadas (0,57) entre a escala de papel de estudante e as escalas Realização e Criatividade.

As correlações significativas e iguais ou superiores a 0,30 são:

- Entre as crenças de auto-eficácia no papel de Estudante e os valores Realização (0,57), Criatividade (0,57), Utilização das Capacidades (0,54), Promoção (0,46), Autonomia (0,32), Desenvolvimento Pessoal (0,32) e Prestígio (0,30);

- Entre as crenças de auto-eficácia no papel de Trabalhador e os valores Altruísmo (0,54), Desenvolvimento Pessoal (0,48), Realização (0,47), Utilização das Capacidades (0,45), Estético (0,45), Criatividade (0,36), Autonomia (0,30);

- Entre as crenças de auto-eficácia no papel de Tempos Livres e os valores Relações Sociais (0,49), Interação Social (0,44), Variedade (0,35), Desenvolvimento Pessoal (0,33) e Actividade Física (0,33);

- Entre as crenças de auto-eficácia no papel de Casa e Família e os valores Altruísmo (0,31);

As correlações mais baixas, próximas de 0, surgem entre a escala de papel de estudante e a escala Risco, entre a escala papel de trabalhador e a escala Autoridade, entre a escala de tempos Livres e as escalas de Promoção, Autoridade, Económico e Risco e entre a escala de casa e família e as escalas Autoridade, Económico, Estilo de Vida, Actividade Física, Prestígio, Risco e Variedade.

Análise Factorial em Componentes Principais

Após realização do teste de esfericidade de Bartlett, pode-se concluir que as variáveis são correlacionáveis e que o teste de KMO é 0,80; pelo que se pode proceder à análise de componentes principais (anexo 15).

Após realização da análise factorial em componentes principais, como se pode observar no quadro 47, emergem 6 factores com lambda superior a 1,00, que explicam cerca de 74% da variabilidade dos resultados.

Quadro 47. Análise factorial em componentes principais, ao nível das escalas de todos os inventários (n=150)						
Escalas	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Componente Técnica	,555	-,211	-,258	,384	,002	,339
Componente Relacional	,441	,147	,150	,527	,012	,482
Papel de Estudante	,577	,265	-,314	,431	-,297	-,225
Papel de Trabalhador	,415	,607	-,390	,185	,169	,013
Papel de tempos livres	,292	,457	,390	,389	,184	-,005
Papel de Casa e família	,163	,407	-,065	,224	,566	-,337
Utilização das capacidades	,776	,007	-,182	-,062	-,117	-,345
Realização	,850	-,019	-,227	-,080	-,078	-,112
Promoção	,713	-,431	-,164	-,149	-,072	-,012
Estético	,393	,600	-,286	-,261	-,269	,186
Altruísmo	,412	,714	-,179	-,154	-,058	,087
Autoridade	,630	-,544	-,165	,138	-,122	,054
Autonomia	,784	-,170	-,048	-,021	,211	-,026
Criatividade	,771	-,119	-,149	,053	-,314	-,343
Económico	,604	-,543	,017	-,135	,266	,254
Estilo de Vida	,780	-,159	,036	-,255	,162	,186
Desenvolvimento pessoal	,538	,433	-,219	-,378	,101	,185
Actividade física	,419	,209	,463	-,105	-,273	,202
Prestígio	,720	-,411	,003	-,007	,133	-,022
Risco	,206	-,499	,610	,146	-,166	-,114
Interacção social	,456	,215	,660	-,065	,068	-,194
Relação social	,424	,443	,653	-,177	,033	,020
Variedade	,661	,207	,490	,043	-,264	-,010
Condições de trabalho	,667	-,131	,101	-,097	,423	-,097
Valore próprio	8,15	3,55	2,52	1,30	1,21	1,04
% de Variância explicada	34,0	14,77	10,51	5,41	5,04	4,34
	Total 74,05%					

O quadro 48 apresenta a matriz factorial após rotação varimax.

Dos seis factores que emergem após análise factorial:

- O factor I é definido pelas saturações positivas dos resultados das escalas de Realização (0,65), Promoção (0,79), Autoridade (0,71), Autonomia (0,75), Económico (0,87), Estilo de Vida (0,79), Prestígio (0,79) e Condições de Trabalho (0,70).

- O factor II é definido pelas saturações positivas dos resultados das escalas papel de Tempos Livres (0,52), Actividade Física (0,67), Interação Social (0,80), Relações Sociais (0,87) e Variedade (0,77).

- O factor III é definido pelos resultados das crenças nos papéis de Trabalhador (0,65), Estético (0,82), Altruísmo (0,78) e Desenvolvimento Pessoal (0,75), sendo significativamente negativas a correlação da escala Risco (- 0,65)

-O factor IV é definido pelos resultados das escalas papel de Estudante (0,77), Utilização das Capacidades (0,61) e Criatividade (0,74).

Escalas	Factores					
	1	2	3	4	5	6
Componente Técnica	,493	-,125	,072	,220	-,037	,607
Componente Relacional	,161	,276	,091	,042	,068	,795
Papel de Estudante	,114	,045	,275	,773	,169	,329
Papel de Trabalhador	,046	-,017	,646	,264	,439	,273
Papel de Tempos livres	-,095	,523	,071	,067	,455	,364
Papel de Casa e família	,010	,039	,162	,055	,807	-,001
Utilização das capacidades	,544	,174	,241	,605	,115	-,094
Realização	,654	,146	,334	,484	,034	,054
Promoção	,786	,016	,032	,309	-,185	,010
Estético	,007	,169	,823	,219	-,122	,055
Altruísmo	-,018	,263	,783	,178	,156	,076
Autoridade	,706	-,077	-,162	,358	-,201	,241
Autonomia	,748	,171	,120	,211	,174	,118
Criatividade	,514	,176	,100	,737	-,041	-,011
Económico	,869	,033	-,104	-,128	-,094	,147
Estilo de Vida	,789	,271	,239	,012	-,033	,077
Desenvolvimento pessoal	,337	,182	,749	,004	,069	-,023
Actividade física	,115	,667	,164	,054	-,223	,150
Prestígio	,793	,121	-,092	,206	,027	,103
Risco	,254	,441	-,646	,103	-,190	,043
Interação social	,180	,802	-,047	,065	,222	-,074
Relação social	,073	,871	,211	-,076	,142	-,014
Variedade	,244	,768	,104	,313	-,053	,177
Condições de trabalho	,702	,244	,048	,020	,338	-,014

- O factor V é definido, apenas, pelos resultados da escala de papel de Casa e Família (0,81)

- O factor VI é definido pelos resultados das escalas de componente Técnica (0,61) e componente Relacional (0,80) da supervisão.

Pode-se observar no quadro 49 uma síntese dos resultados após análise factorial ao nível das escalas dos três inventários. O factor I diversos valores, o factor II associa as Crenças no Papel de Tempos Livres aos valores que compõem a componente motivacional de orientação social e para a aventura, o factor III associa o Papel de Trabalhador com valores predominantemente de orientação para a auto-actualização e associa de uma forma inversa o valor Risco. O factor IV associa o Papel de Estudante com alguns componentes de orientação para a auto-actualização e orientação para a expressão individual, o factor V engloba apenas o Papel de Casa e Família e o factor VI é constituído pelas Componentes Técnica e Relacional da supervisão

É importante salientar que a relação negativa entre a escala de valores Risco e as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Trabalhador converge com dados obtidos anteriormente por Moreira (2006), que concluiu uma relação positiva entre as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Trabalhador e a motivação para Evitar Riscos, estes dados tendem a apontar a importância, que os enfermeiros atribuem à minimização do risco em contexto de trabalho.

Quadro 49. Síntese da análise factorial em componentes principais com rotação varimax, ao nível das escalas de todos os inventários, por ordem (n=150)

Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
C. Técnica (0,49)* U. Capacid.(0,54)* Realização (0,65)* Promoção (0,79) Autoridade(0,71) Autonomia (0,75) Criatividade (0,51)* Económico (0,87) Est. de Vida (0,79) Prestígio (0,79) C. Trabalho (0,70)	P. Temp. L.(0,52) Act. Física (0,67) Risco (0,44)* Int. Social (0,80) Rel. Sociais (0,87) Variedade (0,77)	P. Trab. (0,65) Estético (0,82) Altruísmo (0,78) D. Pessoal (0,75) Risco (-0,65)*	P. Estudante (0,77) U. Capacid. (0,61)* Realização (0,48)* Criatividade (0,74)*	P. Casa F. (0,81)	C. Técn.(0,61)* C. Relac.(0,80)

Nota: *Escala com saturações elevadas em mais do que um componente.

Considerações Finais

A título de síntese, pode-se afirmar que as correlações mais elevadas entre as escalas dos inventários utilizados surgem entre a Componente Técnica e a escala do Papel de Estudante, entre a Componente Técnica e o valor Autoridade, e entre a escala de papel de estudante e as escalas realização e Criatividade.

Após a análise factorial em componentes principais, pode-se constatar que emergem seis factores que explicam cerca de 74% da variabilidade dos dados recolhidos da amostra.

CONCLUSÃO

No âmbito do presente trabalho procedeu-se ao estudo das crenças de auto-eficácia nos papéis de carreira, nos valores de vida e nas componentes da supervisão de ensinos clínicos, em enfermeiros.

A fundamentação teórica dá relevância à supervisão de ensinos clínicos de enfermagem, à teoria sócio-cognitiva de Bandura (1977) e à teoria do desenvolvimento da carreira de Super (1976).

A revisão da literatura aborda o processo de ensino/aprendizagem na supervisão de ensinos clínicos, salientando o sentido de exigência que se coloca a todos os intervenientes e procura identificar os procedimentos que proporcionam aos estudantes as aprendizagens mais eficazes.

É dada relevância ao construto de crenças de auto-eficácia, que é postulado como ajuda importante na determinação das escolhas em actividades e em ambientes, assim como do esforço dispendido, persistência, padrões de pensamento e reacções emocionais quando confrontadas com obstáculos.

O enquadramento teórico situa-se, ainda, no domínio da perspectiva de desenvolvimento de carreira de Super. Mais especificamente, insere-se no âmbito dos modelos e investigações sobre valores e saliência das actividades, desenvolvidas no âmbito do projecto Work Importance Study (WIS) (Super e Sverko, 1995).

As crenças relativas aos papéis de carreira, aos valores e às componentes de supervisão nos ensinos clínicos, constituem, assim, dimensões fundamentais para a compreensão da importância relativa do trabalho e satisfação de vida dos enfermeiros.

Para a elaboração deste estudo utilizaram-se como instrumentos o Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem, o Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros e a Escala de Valores WIS.

Os inventários foram aplicados a uma amostra de 150 enfermeiros de três instituições hospitalares. Esta engloba participantes de ambos os sexos, profissionais jovens com idades compreendidas entre os 21 e os 59 anos, e com tempo de exercício de profissão compreendidos entre 1 a 35 anos. Na sua maioria, os participantes são solteiros, sem formação pós-graduada e com experiência de supervisão em ensinos clínicos de enfermagem, em ambos os estádios do curso.

Nos dados do Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem, após análise factorial em componentes principais, foi possível reconhecer dois factores, a que se fizeram corresponder as escalas da Componente Técnica e da Componente Relacional da supervisão. Os indicadores de consistência interna são positivos para as duas escalas (0,85 e 0,71). A correlação entre as duas escalas é relativamente elevada (0,45).

No conjunto dos resultados médios, as diferenças tendem a evidenciar que a Componente Técnica da supervisão é mais expressiva no grupo dos enfermeiros mais velhos e com experiência de supervisão, comparativamente ao grupo dos mais novos e sem experiência.

O Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos de Enfermagem é um instrumento novo, cujos índices psicométricos se revelam satisfatórios. Contudo, a sua análise deverá continuar no futuro, em amostras de enfermeiros, com outras características.

Os resultados do Inventário de Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros proporcionam indicadores satisfatórios relativamente às características psicométricas, nomeadamente à precisão e à validade da medida, e estes revelam semelhanças com os obtidos anteriormente por Moreira (2006). Os coeficientes *alpha de Cronbach* variam

entre 0,86 e 0,92. Quanto às correlações, observa-se a mais elevada entre as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Trabalhador e o Papel de Estudante (0,61).

A estrutura factorial, ao nível dos itens, tende a validar a medida relativamente às escalas que constituem o inventário. Na solução ortogonal emergem cinco factores que correspondem às crenças pessoais nos Papéis de Estudante (Factor I), Casa e Família (factor II), Tempos Livres (factor III) e Trabalhador (factor IV).

Na amostra total, ao nível das escalas, a análise da hierarquia dos resultados médios coloca em primeiro lugar a escala das Crenças de Auto-eficácia nos Papéis de Trabalhador seguida da escala de Casa e Família.

Nos resultados das diferenças entre as médias, os dados tendem a evidenciar a superioridade das Crenças de Auto-Eficácia no Papel de Estudante nos enfermeiros mais velhos e com formação pós-graduada. Relativamente ao Papel de Trabalhador as médias são significativamente superiores dos enfermeiros mais velhos, com formação pós-graduada e com mais tempo de exercício profissional. As Crenças de Auto-Eficácia no Papel de Tempos Livres são superiores dos enfermeiros mais novos, solteiros, sem formação pós-graduada, com menos tempo de serviço e sem experiência em supervisão de ensinos clínicos de enfermagem. Os enfermeiros casados e com mais tempo global de serviço revelam Crenças de Auto-eficácia mais elevadas no Papel de Casa e Família, comparativamente com os outros grupos.

No que se refere à Escala de Valores WIS, de modo global, os dados apresentam semelhanças com outras investigações anteriores (Barros, 2007; Bruto da Costa, 1997; Duarte, 1993; Rafael, 1992; Teixeira, 2000).

O estudo da Escala de Valores WIS evidencia coeficientes de *alfa de Cronbach* indicadores de elevada consistência interna da medida (entre 0,69 e 0,89). O estudo das

correlações indica coeficientes elevados entre as escalas de Altruísmo e Estético (0,81); Autoridade e Promoção (0,71); Estilo de Vida e Autonomia (0,69) e entre Relações Sociais e Interacção Social (0,69).

A análise factorial em componentes principais ao nível das escalas isolou quatro factores, à semelhança do sucedido noutros estudos anteriormente realizados em Portugal, com amostras de adultos. Usando a terminologia de Sverko (1995), este estudo tende a confirmar que o factor I engloba componentes motivacionais de orientação utilitária, o factor II de orientação para a auto-actualização, o factor III de expressão individual e o factor IV de orientação social e para a aventura.

A análise da hierarquia das médias revela que os enfermeiros desta amostra expressam como valores prioritários o Desenvolvimento Pessoal, a Realização e o Altruísmo, enquanto os menos valorizados são o Risco, a Autoridade e o Prestígio.

No conjunto dos resultados das diferenças entre as médias, os dados tendem a evidenciar superioridade dos valores de Altruísmo e de Estético nas mulheres e superioridade no valor de Actividade Física nos homens. Os enfermeiros solteiros tendem a atribuir mais importância aos valores de Estilo de Vida, de Actividade Física e de Relações Sociais, comparativamente aos casados. No que concerne à formação pós-graduada nos valores de Realização, de Promoção, de Estético, de Autoridade e de Criatividade, as médias são superiores do grupo com formação pós-graduada, enquanto o valor de Relações Sociais é superior dos enfermeiros sem formação.

Na relação entre os resultados do Inventário de Auto-avaliação da Supervisão de Ensinos Clínicos, do Inventário de Auto-eficácia nos Papéis de Carreira dos Enfermeiros e da Escala de Valores WIS salientam-se as correlações mais elevadas entre a Componente Técnica da supervisão e as escalas das crenças de auto-eficácia no Papel de Estudante (0,42), sendo também elevadas as associações entre a Componente Técnica da supervisão e os valores

Autoridade (0,47) e Económico (0,40). Apresentam ainda correlações elevadas os resultados das escalas de Crenças de Auto-eficácia no Papel de Estudante e os de valores Realização (0,57), Criatividade (0,57), Utilização das Capacidades (0,54) e Promoção (0,46); os resultados das Crenças de Auto-Eficácia no Papel de Trabalhador têm associações positivas com os das escalas de valores Altruísmo (0,54), Desenvolvimento Pessoal (0,48), Realização (0,47), Utilização das capacidades (0,45) e Estético (0,45). São ainda de salientar os coeficientes de correlação dos resultados das escalas de Crenças de Auto-eficácia no Papel de Tempos Livres e os das escalas de valores Relações Sociais (0,49) e Interações Sociais (0,44).

Os factores ortogonais, que derivam do resultado dos três inventários, demonstram que o factor I é definido pelas saturações positivas das escalas dos valores de Realização, de Promoção, de Autoridade, de Autonomia, de Económico, de Estilo de Vida, de Prestígio, de Condições de Trabalho e pelas saturações (não as mais elevadas) da Componente Técnica da supervisão e das escalas de Utilização das Capacidades e de Criatividade. O factor II é definido pelas saturações positivas das Crenças de Auto-Eficácia no Papel de Tempos Livres e as escalas de valores de Actividade Física, de Risco, de Interação Social, de Relações Sociais e de Variedade. O factor III é definido pelas saturações positivas das Crenças de Auto-eficácia no Papel de Trabalhador e dos valores Estético, Altruísmo, Desenvolvimento Pessoal e conta ainda com a saturação negativa da escala Risco. O Factor IV é definido pelos resultados das Crenças de Auto-eficácia no Papel de Estudante e pelas escalas de valores Utilização das Capacidades, Criatividade e uma saturação (não a mais elevada) da escala Realização. O Factor V é definido pelos resultados das Crenças de Auto-eficácia no Papel de Casa e Família, e o factor VI pelas saturações positivas das Componentes Técnica e Relacional da supervisão de ensinos clínicos.

Considerando os estudos internacionais do WIS (Super e Sverko, 1995), nesta análise constata-se a associação entre as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Tempos Livres e os valores que formam a componente motivacional de orientação social e para a aventura, e salienta-se ainda a associação entre as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Trabalhador e o grupo dos valores que constituem a orientação motivacional para a auto-actualização. Destaca-se a relação inversa do valor Risco neste factor, que sugere uma especificidade da amostra.

É importante salientar que esta relação negativa entre a escala do valor Risco e as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Trabalhador vão no sentido dos dados obtidos anteriormente por Moreira (2006), sugerindo uma característica profissional dos enfermeiros no que se refere à importância/necessidade de “evitar riscos” no desempenho das suas funções.

No significado dos dados, destaca-se ainda, a associação entre as Crenças de Auto-eficácia no Papel de Estudante e as componentes motivacionais de orientação para a auto-actualização e para a expressão individual da escala de valores.

Na implicação da investigação para a prática, uma vez mais se sublinha, que na formação em contexto de trabalho o ensino clínico é um momento significativo de aprendizagem, nomeadamente de aquisição de saberes práticos e processuais e de socialização dos formandos, onde o processo de supervisão adquire todo a sua relevância na mediação dos seus múltiplos factores que conduzem à aprendizagem e ao desenvolvimento. Neste sentido, dada a extrema importância do ensino clínico, seria essencial que os enfermeiros recebessem formação para aperfeiçoar a qualidade dessa supervisão.

Na maior parte das situações, os supervisores de ensinamentos clínicos são escolhidos aleatoriamente com factores que se prendem com a disponibilidade. Há necessidade destes profissionais serem formados para a supervisão, incluindo dimensões motivacionais como as

crenças nos papéis e nos valores, e uma reflexão sobre o que significa a supervisão. Considerando que esta é uma das áreas cruciais de formação, a organização e a natureza da formação exigem a adopção de metodologias de aprendizagem centradas nas especificidades dos profissionais.

Apesar das limitações da amostra, que inclui um número reduzido de participantes, com idades relativamente novas e conseqüentemente com poucos anos de serviço, no que se refere às implicações dos resultados para a prática, espera-se que este trabalho permita reflectir sobre formas de pensar e de perceber não só a importância da supervisão de ensinos clínicos para a qualidade da prática da saúde como no que respeita à concepção, à realização e à organização de formação para profissionais supervisores de ensinos clínicos, de modo a considerar as crenças de auto-eficácia nos diferentes papéis e os seus valores de vida. Por último, realça-se que os estudos desta natureza permitem conhecer algumas das crenças que estão subjacentes aos processos motivacionais destes profissionais, e que supostamente constituem determinantes de socialização sócio-profissional dos enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.

Abreu, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, 45 (11), 53-57.

Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Coimbra: Editora Formasau.

Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, cadernos CIDInE.

Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e supervisão: Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. (2002). Escola reflexiva e desenvolvimento institucional: Que novas funções supervisivas?. In J. Oliveira-Formosinho (Eds.), *A supervisão na formação de professores I: Da sala à escola* (pp. 217-238). Porto: Porto Editora.

Alarcão, I. & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica, uma*

perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem (2ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.

Allport, G. W. (1966). *Personalidade*. (Edição Brasileira). São Paulo: Editora Herder.

Almeida, A. M. (2008). Profissão e disciplina: Reflexão sobre os caminhos da enfermagem em Portugal. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 229, 20-30.

Andrews, M.; Wallis, M. (1998). Mentorship in nursing: a literature review. *In Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 201-207.

Bain, L. (1996). Preceptorship: a review of the literature. *In Journal of Advanced Nursing*, 24, 104-107.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.

Bandura, A. (1978). The Self System Reciprocal Determinism. *American Psychologist*.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought & action – A social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.

Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. Schwarzer (Eds), *Self-efficacy: Through Control of Action*. Washington, USA: Hemisphere Publishing Corporation.

Bandura, A. (2001a). Social cognitive theory of mass communications. In j. Bryant & D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (2^a ed., 121-153). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bandura, A. (2001b). Social cognitive theory. An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.

Barros, A. (2007). Relações entre domínios do auto-conceito, valores e importância relativa dos papéis em estudantes universitários. Dissertação de doutoramento em psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Bernard, M. J. & Goodyear, R. (1998). *Fundamentals of Clinical Supervision* (2^aEd.). Boston: Allyn and Bacon.

Bento, M. C. (2001). Formação em enfermagem: Que caminho?. *Sinais Vitais*, 35, 29-34.

Berbaum, J. (1993). *Aprendizagem e formação*. Porto Editora Porto

Bond, m. & Holland, s. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses*. Philadelphia: Open University Press.

Bruto da Costa, A. (1997). *As preocupações de carreira e os valores: estudo com candidatos ao curso de promoção a comissário e ao curso de promoção a chefe de esquadra*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Orientação e Desenvolvimento de Carreira. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Bzuneck, J. A. (2003). As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. Retirado em 15 de Julho de 2008 de <http://www.des.emory.edu/mfp/Bzuneck2.pdf>.

Cabrito, B. G. (1994). *Formações em alternância: Conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.

Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In R. Canário (Eds.), *Formação e situações de trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.

Canário, R. (2000). Aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. *Psicologia da educação, 10 e 11*, 29-52.

Candeias, P. C. (2000). *Valores face a diferentes actividades e crenças de auto-eficácia em alunos do ensino secundário*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Carmo, A. M. (2003). *Modelo socio-cognitivo de escolhas da carreira em jovens do 9º ano de escolaridade: o papel da auto-eficácia, das expectativas de resultados, dos interesses e do desempenho escolar*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.

Conselho de Enfermagem (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Costa, M. A. (2001). O ensino de enfermagem e o desenvolvimento da profissão. *Sinais Vitais, 6*, 8-10.

Cottrell, S.B. (2000). Draft Policy for Clinical Supervision. Retirado em 5 de Agosto de 2008 de <http://www.clinical-supervision.com/supervision%20policy.htm>.

Cutcliffe, J. R. (2001). An alternative training approach in clinical supervision. In: Cutcliffe, et al (Eds.), *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London: Routledge editions.

Danis, C. (2001). Processos de aprendizagem nos adultos numa perspectiva de desenvolvimento. In C. Danis & C. Solar (Eds.), *Aprendizagem e desenvolvimento de adultos* (pp.21-84). Lisboa: Instituto Piaget.

Danis, C. & Solar, C. (2001). Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos: Uma perspectiva. In C. Danis & C. Solar (Eds.), *Aprendizagem e desenvolvimento de adultos* (pp.11-20). Lisboa: Instituto Piaget.

Duarte, M. E. (1993). *Preocupações de carreira, valores e saliência das actividades em adultos empregados*. Dissertação de doutoramento em Psicologia da Orientação Escolar e Profissional. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Ellis, J. R. & Hartley, C. L. (1998). *Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências* (5ª. Ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.

Falvey, J. (2002). *Managing Clinical Supervision: ethical practice and legal risk management*. Canada: Brooks/Cole, Thomson Learning.

Ferreira, C. (2001). Modelo de formação reflexiva em ensino clínico com recurso à técnica do espelhamento – Impacto na satisfação dos estudantes. *Referência*, 6, 5-13.

Ferreira, F. G. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira-Marques, J. (1982). *The planning and instrument development processes of the Work Importance Study*. Paper presented at the Symposium the Relative Importance of the Work, 20th International Congress of Applied Psychology, Edinburgh.

Ferreira – Marques, J. (1989). Advances in the assessment of values and role salience. *Psychological Assessment*, 5 (2), pp.147-160.

Ferreira-Marques, J. & Miranda, M. J. (1995). Developing the work importance study. In D. E. Super & B. Sverko (Eds.), *Life roles, values, and careers. International findings of the work importance study*. (pp. 62-74). San Francisco, California: Jossey-Bass.

Fonseca, M. J. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda.

Fortin, M. (2000). *O Processo de Investigação: da Concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Garmston, R. et al (2002). A psicologia da supervisão. In J. Oliveira-Formosinho (Eds.), *A supervisão na formação de professores II: Da organização à pessoa* (17-132). Porto: Porto Editora.

Gomes, J. (2002). A educação reflexiva na pós-modernidade: Uma revisão bibliográfica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5, 696-703.

Gouws, D. (1995). The role concept in career development. In D. E. Super & B. Sverko (Eds.). *Life roles, values, and carrers. International findings of the work importance study*. (pp. 22-53). San Francisco, California: Jossey-Bass.

Hall, C.; Lindzey G. & Campbell, J. (2000). *Teorias da personalidade*. Artmed S.A: Porto Editora.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures, Lusociência.

- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holloway, E. (1995). *Clinical Supervision: a systems approach*. USA: Sage Publications.
- Johns, C. (2000). *Becoming a Reflective Practitioner*. London: Blackwell Science editions.
- Kidd, J. M. & Knasel, E. G. (1979). *Work values and work salience. A review of research*. Hertford: National Institute for Careers Education and Counseling.
- Knasel, E. G., Super, D. E. & Kidd, J. M. (1981). *Work salience and work values: their dimensions, assessment and significance*. Hertford: National Institute for Careers Education and Counseling.
- Lent, R. W. & Maddux, J. E. (1997). Building a socio-cognitive bridge between social and counseling psychology. *The Counselling Psychologist*, 25 (2), 240-245.
- Longarito, C. (1999). *O ensino clínico dificuldades, recursos e profissionalidade: Subsídios para uma abordagem interactiva*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

- Marchand, H. (2005). *Psicologia do adulto e do idoso* (2ªEd.). Coimbra: Quarteto.
- McCombs, B. L. (1991). Motivation and lifelong learning. *Educational Psychologist*, 26 (2), 117-127.
- McCombs, B. L. & Whisler, J. S. (1989). The role of affective variables in autonomous learning. *Educational Psychologist*, 24 (3), 277-306.
- Moreira, I. S. (2006). *As crenças de auto-eficácia nos papéis de vida, as necessidades motivacionais e a formação contínua dos enfermeiros*. Mestrado em Ciências de Educação. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Nevill, D. D. (1997). The development of career development theory. *The career Development Quarterly*, 45 (3), 288-292.
- Nevill, D. D. & Super, D. E. (1986). *The salience inventory. Theory, application and research. Manual*. (Research edition). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Nightingale, F. (1946). *Notes on Nursing*. J. B. Lippincott Company.

Pajares, F (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 4, 543-78.

Pajares, F. (2002). Overview of social cognitive theory and self-efficacy. Retirado em 7 de Agosto de 2008 de <http://www.des.emory.edu/mfp/eff.html>.

Pereira, A. (2002). *Guia prático de utilização do SPSS – Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Pereira, M. & Almeida, P. (2004). Auto-eficácia na diabetes: conceito e validação da escala. *Análise Psicológica*, 3, 585- 595.

Pestana, M. H. & Gagueiro, J. N. (2000). *Análise de Dados Para Ciências Sociais : A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Livpsic.

Pinto, C. (2000). *Formação em Enfermagem: Docentes investigam*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Pires, R. et al (2004). Supervisão clínica de alunos de enfermagem. Retirada em 25 de Julho de 2008 de http://www.sinaisvitalis.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=252&Itemid=78&limit=1&limitstart=4

Postic, M. (1990). *A relação pedagógica* (2ªed.). Coimbra: Coimbra Editora, Lda.

Queirós, A., et al (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Rafael, M. (1992). *Estudo das preocupações de carreira e dos valores em alunos do curso de formação de professores*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Rafael, M. (2001). *O modelo desenvolvimentista de avaliação e aconselhamento de carreira (C-DAC) – preocupações de carreira, crenças de carreira e stress profissional em adultos empregados*. Dissertação de doutoramento em psicologia. Faculdade Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Ramos, M. F. (2003). A preceptoria como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica. *Pensar Enfermagem*, 1, 3-10.

Rodrigues, M. F. (2003). *Valores e saliência de papéis em professores dos ensinos básico e secundário*. Mestrado em psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão*. Porto: Porto Editora.

Schunk, D.H. (1991). Self-efficacy and academic motivation. *Educational Psychologist*, 3 e 4, 207-31.

Schwarzer, R. & Fuchs R. (1996), Self-efficacy and health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting Health Behaviour*. Philadelphia, USA: Open University Press

Silva, J. (2004). A teoria de espaço de vida e do curso de vida da carreira de D. E. Super. Retirado em 20 de Julho de 2008 de <http://www.fpce.uc.pt/ensino/psi/pdv/texto2.pdf>.

Smith, G. & Cottrell, S.B. (2000). *Suspicion, Resistance, Tokenism and Mutiny: Problematic Dynamics Relevant to the Implementation of Clinical Supervision in Nursing*. Retirado em 4 de Agosto de 2008 de <http://www.clinicalsupervision.com/Implementation%20of%20clinical%20supervisio>

Soares, C. S. (2004). *Supervisão e formação profissional: Um estudo em contexto de trabalho*. Dissertação de mestrado em Supervisão. Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, Porto.

Super, D. E. (1970). *Work values inventory: Manual*. Boston: Houghton-Mifflin Company.

Super, D. E. (1973). The work values inventory. In D. G. Zytowski (Ed.), *Contemporary approaches to interests measurement* (pp.189-205). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Super, D. E. (1980). A life-span, life-space approach to career development. *Journal of Vocational Behavior*, 16, 282-298.

Super, D. E. (1983). The history and development of vocational psychology: A personal perspective. In W. B. Walsh, e S. H. Osipow (Eds.), *Handbook of Vocational Psychology* (pp. 5-34). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Super, D. E. (1990). A life-span, life-space approach to carrer development. In D. Brown, e L. Brooks (Eds.), *Career choice and development (2ª ed.)* (pp.197-261). San Francisco: Jossey-Bass.

Super, D. E. (1994). A life-span, life-space perspective on convergence. In M. L. Savickas e R. W. Lent (Eds.), *Convergence in career development theories: Implication for science and practice (1ªed.)* (pp. 63-74). Palo Alto. California: Consulting Psychologists Press.

Super, D. E. (1995). Values: their nature, assessment and practical use. In D. Super & B. Sverko (Eds), *Life roles. Values and careers. International Findings of the Work Importance Study* (pp. 54-61). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Super, D. E., Savickas M. L. & Super, C. M. (1996). A life-span, life-space approach to career development. In D. Brown, e L. Brooks (Eds.), *Career choice and development (3ª ed.)* (pp.121-178). San Francisco: Jossey-Bass.

Super, D. E. & Sverko, B. (1995). *Life roles, values, and careers. International findings of the work importance study*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Sverko, B. (1995). The structure and hierarchy of values viewed cross-nationally. In D. Super & Sverko (Eds), *Life roles, values and careers. International findings of the Work Importance Study* (pp. 225-240). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Sverko, B., Super, D. E. (1995). The Findings of the Work Importance Study. In D. E. Super & B. Sverko (Eds.). *Life roles, values, and careers. International findings of the work importance study*. (pp. 349-358). San Francisco, California: Jossey-Bass.

Sverko, B. & Vidović, V. (1995). Studies of the meaning of work: approaches, models, and some of the findings. In D. E. Super & B. Sverko (Eds.). *Life roles, values, and careers. International findings of the work importance study*. (pp. 3-21). San Francisco, California: Jossey-Bass.

Tavares, J. & Alarcão, I. (1989). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Teixeira, M. O. (2000). *Personalidade e motivação no desenvolvimento vocacional. As necessidades, os valores, os interesses e as auto-percepções no conhecimento de si vocacional*. Dissertação de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Teixeira, M. O. (2004). Motivos de vida e projectos de carreira: Uma integração teórica e empírica. *Psychologica*, 235-248.

Vale, I. (1997). *Participação, adesão e auto-eficácia em diferentes actividades de alunos do ensino secundário*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa

Vaz Serra, A., Dias, C.A., Rodrigues, C.; Teixeira, J.M.; Relvas, J.; Gomes, M. F. & Laranjeira, M. (1986). *Motivação e aprendizagem*. Porto: Contraponto.

Vieira, F. (1993). *Supervisão: Uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto: Edições Asa.

United Kingdom Central Council For Nursing, Midwifery And Health Visiting (1996).

Position Statement on Clinical Supervision for Nursing and health. Retirado a 5 de Agosto de 2008 de. <http://www.clinical-supervision.com/clinsup.html>.

Zimmerman, B. J. (1989). Models of self-regulated learning and academic achievement.

In B. J. Zimmerman & D. H. Schunk (Eds.), *Self-regulated learning and academic achievement. Theory, research and practice* (pp.1-26). Progress in Cognitive Development Research. New York: Springer-Verlag.

Zimmerman, B. J. (2000), Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In

M. Boekaerts, P. Pintrich e M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*. (pp.13-99). New York: Academic Press.

ANEXOS

FUNÇÕES DO SUPERVISOR

Para Cottrell (2000), a função do supervisor clínico em enfermagem consiste, em sustentar a formação e a actividade profissional dos supervisandos, tendo sempre em conta a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, educar, monitorizar, recomendar, desafiar, pesquisar e desenvolver o espírito crítico dos mesmos. O seu papel é central à promoção de uma prática com o máximo de qualidade, sendo que, o determinante principal da eficácia do relacionamento supervisiivo é a qualidade do mesmo.

Por sua vez Alarcão e Tavares (2003), entendem que o supervisor deverá fazer desenvolver nos formandos um conjunto de capacidade e atitudes com vista a excelência e qualidade dos cuidados. Estes objectivos não se atingem todos de uma vez pelo que se reforça a ideia de que a supervisão clínica ser uma acção multifacetada, faseada, continuada e cíclica. O processo de crescimento profissional desenrola-se em movimentos helicoidais. Assim a este processo o supervisor deve acompanhar de perto, em ligação da prática profissional dos seus formandos.

Segundo Vieira (1993, p.28) o supervisor é aquele que orienta, que “exerce a tarefa de supervisão sobre outrem”. O supervisor é o indivíduo que (Alarcão e Tavares, 2003; p.56 e 57): “estabelece e mantém um bom clima afectivo-relacional que, sem ser castrante ou intimidante, é exigente e estimulante; cria condições de trabalho e interacção que possibilitem o desenvolvimento humano e profissional; desenvolve o espírito de reflexão, auto-conhecimento, inovação e colaboração; cria condições para que os futuros profissionais desenvolvam e mantenham o gosto pelo ensino e pela formação em contínuo; analisa criticamente os programas, os textos de apoio, os contextos educativos, etc; planifica o processo de ensino – aprendizagem dos alunos e

do próprio professor; identifica os problemas e dificuldades que vão surgindo; determina os aspectos a observar e sobre os quais reflectir e estabelecer as estratégias adequadas; observa; analisa e interpretar os dados observados; avalia os processos de ensino-aprendizagem; define os planos de acção a seguir; cria espírito profissional, baseado nas dimensões do conhecimento profissional; entre outras”.

Ao identificarem estas tarefas, os autores consideram que no desempenho das suas actividades, supervisor e supervisionado encontram em algumas delas pontos comuns que advêm das funções de cada um. A função do supervisor consiste em ajudar o futuro profissional a executar as suas tarefas e a tornar-se um bom profissional; e a função do supervisionado é colaborar com o supervisor para que o processo se desenrole nas melhores condições e os objectivos definidos sejam atingidos (Alarcão e Tavares, 2003).

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

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

- “Questionar” questionar-se e colocar em questão o que observa na realidade, problematizar o saber e a prática, confrontar e confrontar-se com opções alternativas,

promove a aprendizagem pela reflexão e torna o supervisor um “exemplo do prático reflexivo” que leva o formando a assumir, também, uma atitude reflexiva;

- “Sugerir” sugerir não é impor, é fornecer opções (ideias, soluções, práticas) para que o formando tome decisões na realidade de projectos e actividades, assumindo com ele a responsabilidade dos mesmos;

- “Encorajar” para a autora, encorajar assume um papel inestimável na relação de supervisão. Estimular, animar, dar confiança ao formando incute uma carga afectiva que influencia o seu estado emocional, permitindo o seu interesse e motivação para todo o processo de formação.

- “Avaliar” a avaliação como um processo de formulação de juízos de valor sobre algo, é imprescindível nos processos de formação profissional e subjacente ao processo de supervisão, encarado no sentido formativo. O conhecimento e explicação dos procedimentos de avaliação entre supervisor e supervisionado, é factor de abertura e de clarificação desta função.

Referindo-nos a Abreu (2002), nos contextos de saúde, o supervisor clínico de enfermagem é um enfermeiro, consultor, conselheiro, orientador, que estabelece e desenvolve relações de ajuda e que:

- ✓ Disponibiliza os seus saberes avaliando as necessidades de formação e de suporte emocional;
- ✓ Promove e coopera em processos de mudança;
- ✓ Dá visibilidade e incentivo às boas práticas;
- ✓ Promove a auto-reflexão;

- ✓ Desenvolve processos de reflexão-acção sobre o seu próprio papel como supervisor.

Na continuidade deste raciocínio, Ooijën (2000) acrescenta que o processo se deve sedimentar com base em sentimentos de:

- ✓ Compreensão dos problemas do contexto gerindo os conflitos;
- ✓ Envolvimento no processo;
- ✓ Incremento das oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Defesa da reciprocidade e negociação do processo.

CARACTERÍSTICAS DO SUPERVISOR CLÍNICO

Cotrell (2000) defende que o bom supervisor tem que ser portador de certas características, tais como: perícia – o reconhecimento pode ser informal, através da habilidade, da experiência, ou do status e da formação; o reconhecimento informal pode vir dos pares, pois a perícia formal pode ser transmitida pela confiança; experiência – o supervisor clínico em enfermagem será reconhecido como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade; a prática clínica é altamente desejável; aceitabilidade - é de extrema importância que o supervisor clínico seja aceite por aqueles que ele supervisiona; formação – é desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua actividade supervisiva, bem como formação contínua; a formação básica é considerada necessária mas não suficiente para assegurar elevada qualidade em supervisão, a formação e experiência

adicionais em supervisão, são consideradas essenciais para ajudar a desenvolver competências supervisivas.

Mosher e Purpel, referidos por Alarcão e Tavares (2003), identificam seis áreas de características que o supervisor deve manifestar: a) sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas; b) capacidade para analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhes deram origem; c) 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; d) competência em desenvolvimento curricular e em teoria e prática de ensino; e) skills de relacionamento interpessoal; f) responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da educação.

Para que se estabeleça uma boa relação supervisiva, Cottrell (2000) citando Hagler, refere que é essencial identificar-se no supervisor, algumas características consideradas fundamentais, como a empatia, o positivismo e a paciência.

Uma perspectiva construtivista, num paradigma eclético, deve ser a base e linha orientadora do ensino da enfermagem. Os contributos da supervisão de estágios clínicos vão ao encontro do desenvolvimento das capacidades reflexivas dos alunos e profissionais envolvidos. O processo de supervisão estará assente numa relação supervisiva em que o supervisor do estágio clínico é um enfermeiro supervisor/formador ou preceptor, na perspectiva de Bain (1996):

- ✓ Que tem em atenção o outro que está a crescer como futuro profissional, preparando-lhe a sua socialização na profissão;
- ✓ Que tem em atenção a produção de novos saberes nas ciências de saúde em geral e nas de enfermagem em particular;

- ✓ Que participa na estruturação da aprendizagem do simples para o complexo;
- ✓ Que desenvolve as práticas reflectidas nos contextos de formação;
- ✓ Que é responsável pela supervisão das práticas pedagógicas em estágio clínico;
- ✓ Que cria situações de aprendizagem, questionando as práticas com uma atitude reflexiva;
- ✓ Que é promotor da autonomia e do princípio da auto-implicação do supervisionado;
- ✓ Que desafia o outro a assumir uma atitude investigativa como condição da sua auto-formação, através da avaliação das práticas.

Andrews e Wallis (1998) defendem que o ensino da enfermagem, na sua vertente prática, deve ser apoiado pela figura do mentor, no exercício profissional das práticas. No entanto, não se associa esta imagem à figura de um enfermeiro velho e sábio mas que tenha as competências de proximidade à realidade do estudante; desenvolvimento de processos de relação pessoal e interpessoal; atitude positivo-construtivista da aprendizagem e habilidades no desenvolvimento profissional.

Alarcão e Tavares (2003) reconhecem ainda a existência de características menos gerais, a capacidade de prestar atenção e o saber escutar são consideradas fundamentais pela maioria dos investigadores; mas salienta-se também a capacidade de compreender, de manifestar uma atitude de resposta adequada, de integrar as perspectivas dos formandos, de procurar 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.

RELAÇÃO SUPERVISIVA

A relação supervisiva aceita como base o Princípio da Pessoaalidade, identificado por Sá-Chaves (2000), para êxito do processo de supervisão clínica em enfermagem: aceitar o outro como um ser único e singular. Para tal, concorrem determinadas características do supervisor, como referem Bond e Holland (1998):

- ✓ É um elemento responsável;
- ✓ Está disponível para a formação e aceita esta como um processo de
- ✓ Desenvolvimento pessoal e profissional;
- ✓ Sabe “cuidar”, numa perspectiva humanista, tanto o seu doente como o seu aluno, estabelecendo uma relação de ajuda, de suporte e motivando-o para o seu desenvolvimento;
- ✓ Sabe avaliar, porque consciencializa o erro, comentando-o e reduzindo-o em tempo útil;
- ✓ Medeia a relação supervisiva entre o supervisionado e a organização, tendo em consideração, os objectivos institucionais e os objectivos do projecto pessoal do supervisionado;
- ✓ Tem competência reconhecida, formal ou informal, pelo valor da sua experiência, maturidade ou conhecimentos adquiridos;
- ✓ Tem experiência ontológica.

ESTILOS DE SUPERVISÃO

O estilo supervisivo constitui, uma componente estruturante do processo que, através do planeamento de acções de escolha, organiza e gere as actividades supervisivas, potenciadora do desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes do processo.

Para Glickman (1985), existem fundamentalmente três estilos de supervisão, não-directivo, de colaboração e directivo. O supervisor de tipo não-directivo é aquele que manifesta desejo e capacidade de atender ao mundo do aluno, de o escutar, de esperar que seja ele a tomar as iniciativas. Sabe, calar-se para ouvir o supervisando 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. O supervisor que prefere estratégias de colaboração verbaliza muito o que o supervisando lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas apresentados, ajuda a resolvê-los, o supervisor de tipo directivo, pelo contrário, concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do aluno.

Estes três estilos de supervisão aplicam-se ainda segundo Glickman em função das características pessoais do supervisor mas também em função das características do supervisando, assim não faz sentido a utilização de uma atitude não directiva a alguém que se mostrasse incapaz de equacionar problemas ou chegar por si só a conclusões. Os supervisandos não podem ser tratados todos da mesma maneira, é necessário considerar

a personalidade, o desenvolvimento cognitivo e afectivo de cada formando. Uns podem necessitar de um tratamento mais directivo do que outros numa determinada fase do seu percurso profissional.

O CICLO DA SUPERVISÃO

Alarcão e Tavares (2003), consideram a existência de quatro fases no ciclo da supervisão: 1 - Encontro pré-observação; 2 - Observação propriamente dita; 3 - Análise dos dados; 4 - Encontros pós-observação; que é conveniente proceder-se, de tempos a tempos, à análise e avaliação do processo realizado e dos efeitos obtidos, podendo portanto considerar-se uma quinta fase, de balanço ou avaliação do próprio processo.

No Encontro pré-observação tem lugar antes de uma actividade educativa e tem por principais objectivos: a) ajudar o formando na análise e tentativa de resolução dos problemas ou inquietações que se lhe deparam e que podem ir desde o problema mais simples até qualquer outro assunto que mereça ser analisado, observado, resolvido; b) decidir que aspecto(s) vai (ou vão) ser observado(s).

É necessário que se estabeleça uma comunicação natural, a fim de que todo este processo dê resultados positivos. Entre os elementos que impedem uma boa comunicação podem citar-se a ansiedade e o desconhecimento do papel exacto que cada pessoa tem num determinado processo, pelo que, nesta fase do ciclo da supervisão, sobretudo se se trata do primeiro ou primeiros encontros, é fundamental que o

supervisor seja bem claro relativamente à sua concepção de supervisão, aos seus objectivos e à sua atitude para com o formando. Imperioso se toma também que as funções de cada um no processo de supervisão sejam inequivocamente definidas. Há como que um contrato a estabelecer, a negociar entre ambas as partes. A clareza, a transparência e a falta de ambiguidade são as palavras de ordem, as pedras de toque, pois a falta de comunicação gera ansiedade.

Observação propriamente dita – Por observação, neste contexto, entende-se o conjunto de actividades destinadas a obter dados e informações sobre o que se passa no processo de ensino/aprendizagem com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo numa ou noutra das variáveis em foco. Quer isto dizer que o objecto da observação pode recair num ou noutro aspecto: no formando, no utente, na interacção utente-formando, no ambiente físico, no ambiente sócio-relacional, na utilização de materiais e técnicas, na utilização do espaço ou do tempo, nos conteúdos, nos métodos, nas características dos sujeitos, etc. Nunca é demais chamar a atenção para a diferença entre observação e interpretação. Estas duas actividades estão tão intimamente relacionadas que quase poderíamos dizer que a observação compreende duas fases: registo do que se vê e interpretação do sentido do que se viu. Embora difícil, é necessário distinguir entre uma actividade e a outra. Um dos problemas que se põem ao supervisor é saber como deve observar, que estratégias de observação deve utilizar. Será necessário proceder a uma observação sistemática, utilizar um instrumento devidamente validado.

Análise dos dados – esta fase será a que se segue após a observação e permitirá ao observador ordenar e analisar o fruto da sua observação. Esta análise poderá ser mais ou menos morosa em função dos dados que se colheu e da abordagem utilizada. Estes

dados poderão ser tratados de forma quantitativa ou qualitativa, em função uma vez mais do que se pretende estudar, quantificar ou qualificar.

Encontro pós observação – Parte das observações feitas a respeito do encontro pré-observação são também válidas para o encontro pós-observação. Referimo-nos, é evidente, ao clima em que deve decorrer, à necessidade de estabelecer uma comunicação isenta de ambiguidades, ao papel activo que o formando deve ocupar e à variedade de estilos e estratégias a utilizar.

A finalidade do encontro, essa é diferente. O formando deve reflectir sobre o seu “eu” e sobre o que se passou na sua interacção com os utentes para alterar, se necessário, um ou outro aspecto que não esteja em consonância com o que deveria ser mais correcto. Ao fazê-lo, está a ser não apenas agente, mas também sujeito activo, O supervisor deve ajudá-lo a reflectir, a interpretar, a ver a realidade por detrás de números, categorias, incidentes ou descrições. Para isso utilizará dados que recolheu e analisou, servir-se-á da interpretação que lhes deu, das dúvidas suscitadas a necessitar de esclarecimento por parte do formando, das hipóteses levantadas a discutir também com o professor e das estratégias de supervisão que melhor se ajustem à sua função de agente de desenvolvimento e aprendizagem. Mas utilizará também os dados que o formando lhe fornecer através das suas perguntas e comentários, na sessão, ou trabalhos desenvolvidos por este.

PROCESSO DE SUPERVISÃO CLÍNICA

O processo de supervisão clínica em enfermagem tem vindo a ser alvo de múltiplas problemáticas identificadas pelos vários intervenientes nomeadamente, supervisor, o supervisionado e instituição onde decorre o processo. Abreu (2001) lança algumas questões que podem ser equacionadas: a gestão de emoções; as questões actuais da qualidade das práticas; os condicionalismos existentes na multiplicidade de contextos; as atitudes e comportamentos resultantes nos níveis cognitivos, afectivo e físico.

Tendo-se em consideração o contexto onde decorrem as práticas, pode-se estabelecer um processo faseado e de acordo com os intervenientes (Proctor, citado por Cutcliffe et al, 2001). Para esta autora, as fases do modelo de Nicklin, no processo de supervisão, são:

- Objecto da prática a analisar: situação da problemática – poderão ser as relações interpessoais, competências do desempenho, gestão, ensino clínico.
- Identificação do problema: o problema é clarificado nas suas várias vertentes e dimensões para que se possa operar perante este;
- Estabelecimento de objectivos: a definição de objectivos fica acertada, com o contexto da prática, as expectativas dos intervenientes no processo (profissionais, organizações, clientes e alunos);
- Planeamento das actividades: aceitação pelas partes envolvidas, de uma acção realista e em tempos acordados;

- Implementação do processo: os intervenientes praticam as acções acordadas na fase (3) devidamente explicitadas;

- Avaliação: é feita uma avaliação paralela dos resultados e do processo de supervisão com monitorização.

O processo de supervisão clínica em enfermagem para alguns autores (Bond e Holland, 1998; Cutcliffe, 2001 *in* Cutcliffe et al, 2001; Abreu, 2002) é composto por uma parte técnica dividida em três fases: a fase inicial de integração das partes envolvidas em que existe uma focalização no supervisado, no processo que irá decorrer e nas técnicas a utilizar. A fase de experimentação ou de realização que se divide, por sua vez em: ensino, *feedback* e prática, onde existe a partilha de desafios. E finalmente, fase de autonomia ou de processamento onde se realiza reflexão sobre o realizado, descrevendo a experiencição, efectivando uma análise crítica e procedendo a uma avaliação dos resultados por síntese.

Apesar de se verificar uma compartimentalização das fases, esta apresentação é essencialmente académica, pelo que o profissional ou aluno em estágio profissionalizante, nesta situação, pode vivenciar aspectos diferentes em níveis também diferentes.

Na fase inicial existe uma grande dependência ao supervisor, pela insegurança e desconhecimento do processo com consciencialização das suas limitações como supervisado. Nesta fase são estabelecidos os objectivos, dando toda a informação, quer por parte do supervisado, quer por parte do supervisor. É uma fase em que ambos se passam a conhecer. Há uma integração dos elementos ao processo e o próprio experienciar de toda a faseologia. Não havendo ainda cognição, o supervisado vai desenvolvendo actividades em torno de uma ideia de imitação do seu supervisor. Por

esta altura a auto-estima vai aumentando e a cognição vai se desenvolvendo, apesar do supervisionado ter conhecimentos não os consegue interligar com as experiências. O supervisor canaliza todas as estratégias para o desempenho das práticas, através de incentivos à preocupação com o exercício. Aqui a intervenção das instituições é fundamental, quer dando oportunidades de formação externa em acções de formação, quer apoiando um controle emocional, através da fomentação de momentos informais.

Na perspectiva de Abreu (2002), existem um conjunto de competências atribuídas aos supervisores nesta fase e que estes devem ter em atenção para o sucesso de todo o processo:

- ✓ Preparar o segmento a desenvolver;
- ✓ Conhecer o contexto;
- ✓ Conhecer aspectos do profissional/estagiário;
- ✓ Demonstrar, apoiar, integrar e encorajar.

Na fase de realização ou de experimentação há uma ênfase nas práticas de ambos, a parte relativa ao *feedback* está intimamente relacionada com a prática. A segurança, a motivação e as capacidades críticas vão aumentando. O supervisor aconselha determinadas práticas ou reflecte com o supervisionado sobre elas. Neste período é normal o aparecimento de conflitos de ideias, nomeadamente sobre as questões éticas. O supervisor é aqui um gestor de emoções. Há a construção de um quadro de referências com triangulação de informação e realizando um consumo crítico dos saberes do supervisor, através do início de processos de auto-avaliação por parte do supervisionado.

As competências do supervisor nesta fase do processo ficam assim resumidas:

- ✓ Promover a autonomia em relação à peça de trabalho analisada;
- ✓ Avaliar a forma de utilização da informação que vai disponibilizando;

- ✓ Potencializar as energias pessoais do supervisionado para a autonomia, para a focalização ao grupo onde se insere e diminuição da insegurança;
- ✓ Promover a integração das práticas e dos saberes decorrentes (Abreu, 2002).

A fase de autonomia é, como o próprio nome indica, uma etapa em que o supervisionado vai tendo uma independência gradual em relação ao supervisor, em que as capacidades de distanciamento crítico e analítico vão aumentando até a um nível de desenvolvimento de competências individuais cada vez mais elevado. Há um efeito de *zoom* (Sá-Chaves, 2000) em que o supervisor observa, aproximando-se ou afastando-se das situações, consoante as necessidades. Existe uma maior partilha na relação supervisiva em que o supervisor é mais companheiro do dia-a-dia do que uma figura de retórica. A sensação de *dever cumprido*, por parte do supervisor, está enquadrada no fim do ciclo ou do processo de supervisão. Para tal, este deverá ter como competências e capacidades fundamentais, ainda na perspectiva de Abreu (2002):

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

Apesar dos objectivos do processo de supervisão clínica em enfermagem se encontrarem diluídos na formação e desenvolvimento de competências profissionais e no incremento da qualidade de cuidados ao utente, esta diluição é dicotomizada. Entende-se assim que qualquer intervenção do supervisor junto do supervisionado é

formativa e vai repercutir-se na qualidade dos cuidados feitos ao utente (Bernard e Goodyear, 1998; Bond e Holland, 1998; Cutcliffe et al, 2001). Com este assumir, os autores identificam, com uma certa unanimidade e sumariamente, três eixos fundamentais do processo de supervisão clínica:

- ✓ Aumentar as capacidades dos profissionais, através da formação, fazendo com que o supervisionado reflecta sobre as narrativas das suas práticas;
- ✓ Avaliar a qualidade dos cuidados ao utente, através da verificação e mensuração de critérios discutidos na relação supervisiva e resultados das práticas;
- ✓ Dar suporte aos profissionais no decorrer das suas intervenções, na multiplicidade dos contextos das áreas da saúde.

MODELOS DE SUPERVISÃO

Para Fonseca (2006), a prática da supervisão adquire estruturas, modelos e cenários que se constituem na descrição e explicação da realidade da supervisão, estes descrevem os sistemas, estratégias, meios e requisitos que permitem responder aos interesses de cada um e de todos os intervenientes no processo.

Para Smith e Cottrell (2000), um modelo, sendo um mapa e uma estrutura de caminhos a percorrer, dirige-se a finalidades e alvos de supervisão, o tipo de aproximação que é realizada e a ser adoptada na relação interpessoal, o *feedback* e na

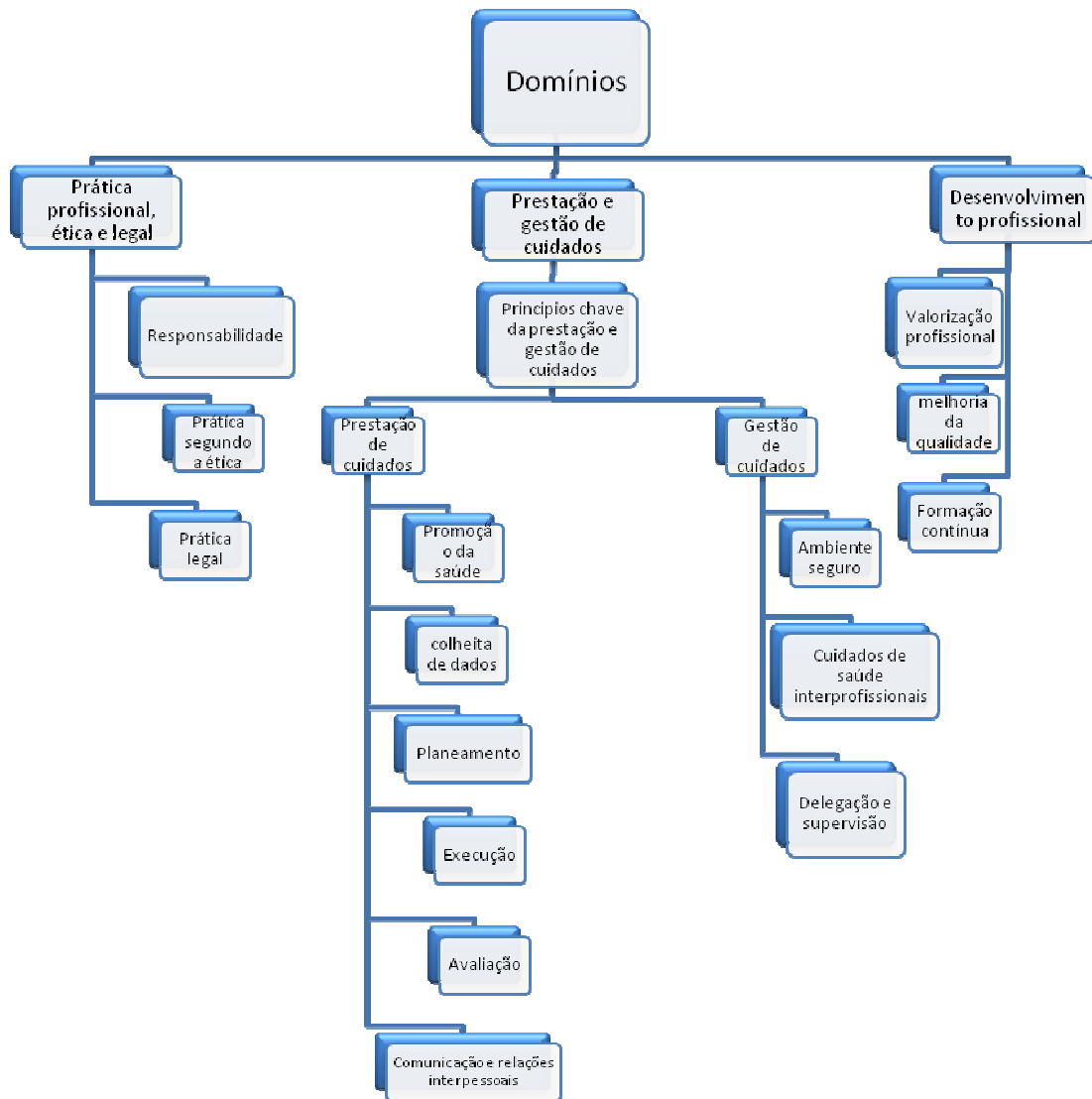
continuação da sua sustentação. São assim inerentes para métodos de avaliar processos e resultados. Relacionando com a supervisão clínica em enfermagem, o modelo tem de atingir e fazer atingir os objectivos a que se propõe: uma aproximação ao adoptado, satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal, promover *feedback* e suporte contínuo e ainda ser passível de desenvolver técnicas avaliativas desse mesmo processo, com vistas às reformulações periódicas decorrentes dos contextos sistémicos (Bond e Holland, 1998).

Todos os modelos existentes acerca da supervisão clínica permitem-nos fazer uma determinada leitura da realidade prática da supervisão, cada um deles e todos eles realçam premissas que se complementam e facilitam a construção de caminhos próprios.

Garmston, et al (2002), referem-se a três categorias de modelos: modelos técnicos-didáticos; modelos artísticos-humanistas e modelos de desenvolvimental-reflexivos.

Alarcão e Tavares (2003), por sua vez falam-nos em nove cenários de supervisão: imitação artesanal; aprendizagem pela descoberta guiada; behaviorista; clínico; psicopedagógico; pessoalista; reflexivo; ecológico e cenário dialógico. No entanto os autores alertam que todos estes cenários mais virtuais que reais não devem ser entendidos como compartimentos estanques que se excluem mutuamente na medida em que poderão coexistir em simultâneos vários destes processos. A estes nove cenários subjazem diferentes concepções relativas a: relação entre teoria e a prática; formação e investigação; noção de conhecimento como saber constituído e transmissível ou construção pessoal de saberes; papéis do supervisor ou professor; noções de educação e de formação de professores ou supervisores; assunção da escola como centro de formação ou como mera estação de serviço à formação.

É ainda nesta temática de cenários de supervisão que Sá Chaves (2002), entrando em linha de conta com o supervisor como uma pessoa adulta em presença de um outro adulto, que tem como missão fundamental facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do outro. Devendo considerar as experiências passadas, os sentimentos, percepções e capacidades de auto-reflexão, não dando receitas como fazer mas sim criar junto do supervisionado, com o supervisionado e no supervisionado um espírito de investigação-acção, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional de ambos. E é com base nestas reflexões que Sá Chaves chama a este cenário de integrador e a partir dele desenvolve o conceito de supervisão não *standard*, a única que permite respeitar o direito à diferença.





Exmo(a) Senhor(a)
Directora de enfermagem do

...

Assunto: Pedido de autorização para aplicação do questionário, junto dos enfermeiros, com reformulação do período de aplicação dos questionários.

Eu, Tânia das Dores Estrela Gago, aluna do Curso de Mestrado: Psicologia da Educação: Aprendizagem no desenvolvimento do adulto e do idoso, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, e, funcionária do Centro Hospitalar Lisboa Norte, a exercer funções no serviço de Medicina 2 D; venho por este meio solicitar a V. Exa se digne autorizar a aplicação de um questionário a realizar aos enfermeiros deste hospital, no período provável de 23 de Junho a 30 de Julho. Este questionário integra-se numa investigação a realizar no âmbito do Curso de Mestrado; cujo tema é “Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: Influência da auto-eficácia nos papéis de vida e dos valores pessoais”.

Com os melhores cumprimentos

Mestranda: Tânia Gago

Orientadora da Dissertação: Professora Doutora Maria Odília Teixeira

Lisboa, 18 de Junho de 2008

Alameda da Universidade 1649-013 Lisboa

Tel. 21 794 36 00 Fax 21 793 34 08

www.fpce.ul.pt / e-mail: cd@fpce.ul.pt



QUESTIONÁRIO

Caro colega:

Este questionário integra-se numa investigação no âmbito do Curso de Mestrado, na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, cujo tema é “Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: Influência da auto-eficácia nos papéis de vida e dos valores pessoais”.

As suas respostas serão de grande importância para se compreender melhor esta temática e, conseqüentemente, melhorar o processo de supervisão em Ensinos Clínicos.

Instruções para a elaboração do questionário:

- ❑ Faça uma cruz na resposta que pensa ser a mais próxima da sua opinião;
- ❑ Não é um teste, pelo que não há respostas certas ou erradas;
- ❑ Seja espontâneo(a) e sincero(a) nas suas respostas;
- ❑ No final, verifique se respondeu a todas as questões;
- ❑ **NÃO SE IDENTIFIQUE!** Este questionário é anónimo.

POR FAVOR EXPRESSE A SUA MAIS SINCERA OPINIÃO!

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

I PARTE: QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS

1- Sexo: Feminino Masculino

2- Idade: _____ anos

3- Estado civil:

Solteiro(a) Casado(a)/vive maritalmente Separado/Divorciado(a)

Viúvo(a)

4- Formação académica e profissional:

Bacharelato Licenciatura

5- Realizou alguma formação pós-graduada?

Sim Não

5.1 - Se sim, esta foi:

Curso de Especialização em Enfermagem Mestrado Outros _____

6- Em relação à sua situação profissional, por favor indique:

6.1- o tempo global de serviço: _____ anos

6.2 - o hospital-unidade em que trabalha _____

6.3- o tempo que trabalha nesse hospital _____ anos

6.4- o tempo que trabalha nessa unidade _____ anos

6.5- a sua categoria profissional: _____

6.6- o tipo de horário que pratica: Fixo Turnos

II PARTE: SUPERVISÃO EM ENSINOS CLÍNICOS

1- Já supervisionou ensinos clínicos de alunos de enfermagem?

Sim Não

1.1- **Se respondeu negativamente** à questão anterior, o facto de nunca o ter feito, deveu-se a que: Nunca foi solicitado Foi solicitado e recusou

Outra razão _____

(Passe à questão 2)

1.2– **Se respondeu afirmativamente** à questão 1, supervisionou ensinos clínicos:

Em estádios iniciais do curso

Em estádios avançados do curso

Nas duas situações anteriores

1.2.1– Supervisionou ensinos clínicos porque:

O seu chefe solicitou-o(a) e foi do seu agrado

O seu chefe solicitou-o(a), embora não fosse inteiramente do seu agrado

Outra _____

1.2.3- Se fez supervisão do(s) ensinos clínico(s), avalie os procedimentos adoptados, utilizando a escala 1. Insuficiente, 2. Suficiente, 3. Bom, 4. Muito Bom

	1	2	3	4
1- O formato adoptado para a preparação e realização do(s) estágio(s) foi...				
2- A relação estabelecida com o(s) aluno(s) foi...				
3- Relativamente ao processo de supervisão utilizado foi...				
4- Relativamente às expectativas iniciais, o(s) estágio(s) foi...				
5- Relativamente às aprendizagens proporcionadas, o(s) estágio(s) foi...				
6- O processo de avaliação utilizado foi...				

2 – Diga a sua opinião relativamente à importância que atribui às actividades indicadas na supervisão, utilizando a escala:

1. Nada, 2. Pouco, 3. Suficiente, 4. Bastante, 5. Muito

	1	2	3	4	5
1- Promover e cooperar em processos de mudança.					
2- Dar visibilidade e incentivo às boas práticas.					
3- Promover a auto-reflexão.					
4- Desenvolver processos de reflexão-acção sobre o seu próprio papel como supervisor.					
5- Compreender os problemas do contexto gerindo os conflitos.					
6- Oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional do aluno e do supervisor.					
7- Estabelecer um ambiente favorável à reciprocidade e negociação do processo de aprendizagem com o aluno.					
8- Estabelecer um ambiente favorável à reciprocidade e negociação do processo de aprendizagem com a escola.					
9- Disponibilizar os saberes, avaliando as necessidades de formação e de suporte emocional do aluno.					

III PARTE: QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS DE AUTO – EFICÁCIA NOS PAPÉIS DA CARREIRA DOS ENFERMEIROS

Este questionário destina-se a avaliar o grau em que acredita realizar com sucesso as diversas actividades nos papéis de estudante, de trabalhador, de tempos livres e de casa e família.

Por favor leia com atenção as frases e, usando a escala apresentada de cinco pontos, assinale o valor que melhor corresponde à sua resposta.

1	2	3	4	5
Nenhuma confiança				Total confiança

Se assinar com uma cruz o número 1, significa que não tem nenhuma confiança na sua capacidade para ser bem sucedido nessa actividade. Se responder 5, isso significa que tem total confiança na sua capacidade para realizar com sucesso essa actividade. Os outros valores correspondem aos graus intermédios de confiança entre esses dois referidos anteriormente. Nas actividades correspondentes aos papéis de tempos livres e casa e família, será acrescentada a alternativa (6) *não se aplica*, que deverá ser a seleccionada, caso seja essa a resposta mais correcta.

Os quatro tipos de actividades consideradas são as seguintes:

Estudo	Frequentar cursos, assistir a aulas (diurnas ou nocturnas), conferências, trabalhos de laboratório), preparar as aulas, estudar numa biblioteca ou em casa, estudar por si mesmo.
Trabalho	Actividades com ordenado ou à tarefa, num emprego ou por conta própria.
Tempos livres	Praticar desporto, ver televisão, dedicar-se aos passatempos preferidos, ir a espectáculos (cinema, teatro, concertos, etc.), ler, descansar, não fazer nada, conviver com a família e os amigos.
Casa e família	Cuidar da casa, tratar das refeições, fazer as compras, cuidar das pessoas da família (filhos, parentes idosos).

Por favor, usando a escala indicada, avalie o nível de confiança que tem na sua capacidade para realizar com sucesso cada uma dessas actividades.

PAPEL DE ESTUDANTE

	1 Nenhuma confiança	2	3	4	5 Total confiança
1- Com regularidade, fazer uma revisão das suas práticas de trabalho.					
2- Assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.					
3- Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.					
4- Actuar como um mentor/tutor eficaz.					
5- Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.					
6- Ler livros relacionados com as diferentes patologias.					
7- Organizar o estudo em casa.					
8- Procurar numa biblioteca os recursos necessários para realizar um trabalho.					
9- Expor as ideias de maneira clara.					
10- Apresentar acções de formação.					

PAPEL DE TRABALHADOR

	1 Nenhuma confiança	2	3	4	5 Total confiança
1- Aceitar a responsabilidade e responder pelas minhas acções e pelos juízos profissionais que elaboro.					
2- Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.					

	1 Nenhuma confiança	2	3	4	5 Total confiança
3- No serviço, respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e dos grupos.					
4- Aplicar o pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas.					
5- Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.					
6- Implementar os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.					
7- Utilizar instrumentos para avaliar os riscos reais e potenciais, no desempenho da profissão.					
8- Implementar procedimentos de controlo de infecção.					
9- Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.					
10- Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.					

PAPEL DE TEMPOS LIVRES

	1 Nenhuma confiança	2	3	4	5 Total confiança	6 Não se aplica
1- Ocupar os tempos livres com os filhos.						
2- Ocupar os tempos com as actividades preferidas.						
3- Desenvolver as minhas capacidades pessoais nas actividades de tempos livres.						
4- Ocupar os tempos livres sozinho.						
5- Decidir com os amigos como ocupar os tempos livres.						
6- Organizar actividades de tempos livres.						
7- Realizar-me nos tempos livres.						
8- Desenvolver um estilo próprio na realização de actividades de tempos livres.						

	1 Nenhuma confiança	2	3	4	5 Total confiança	6 Não se aplica
9- Participar em actividades de tempos livres que contribuam para o meu bem-estar.						
10- Escolher actividades de tempos livres que ajudem a conhecer melhor o meio que me rodeia.						

PAPEL DE CASA E FAMÍLIA

	1 Nenhuma confiança	2	3	4	5 Total confiança	6 Não se aplica
1- Organizar actividades necessárias ao bem-estar da família.						
2- Ser bom anfitrião.						
3- Estabelecer relações familiares satisfatórias.						
4- Dar apoio afectivo aos membros da família.						
5- Cuidar da casa.						
6- Planear o serviço de empregados domésticos.						
7- Aumentar a harmonia familiar.						
8- Manter uma conversação agradável durante as refeições.						
9- Participar em actividades relacionadas com a casa e a família que ajudem a definir o estilo de vida pretendido.						
10- Desenvolver capacidade de planeamento e de tomada de decisão quando realizo actividades relacionadas com a casa e a família.						

IV PARTE: ESCALA DE VALORES (2ª Edição)

Este questionário de valores pergunta que importância tem para si como pessoa os diversos valores ou satisfações que a maior parte das pessoas procura na vida. Embora a maior parte das pessoas queira, até certo ponto, as mesmas coisas, há diferença no que consideram importante. A pergunta é: em que grau são importantes para si?

Que importâncias têm para si como pessoa os valores abaixo indicados? Por favor leia cada frase e depois, para indicar a importância que esse valor tem para si, use a seguinte escala:

1. Significa **Pouca ou Nenhuma Importância**
2. Significa **Alguma Importância**
3. Significa **Bastante Importante**
4. Significa **Muito Importante**

Para cada frase faça uma cruz sobre o quadrado correspondente ao número que indica a importância que esse valor tem para si. Por favor responda a todas as questões.

É agora ou será no futuro importante para mim...

	1 Pouca/Nenhuma importância	2 Alguma Importância	3 Bastante Importante	4 Muito Importante
1- Utilizar todas as minhas capacidades e conhecimentos.				
2- Obter resultados que mostram que fiz bem as coisas.				
3- Progredir.				
4- Tornar a vida mais bela.				
5- Ajudar pessoas com problemas.				
6- Dizer aos outros o que têm de fazer.				
7- Agir por mim mesmo.				
8- Descobrir, projectar ou desenvolver coisas novas.				
9- Ter um alto nível de vida.				
10- Viver de acordo com as minhas ideias.				

	1 Pouca/Nenhuma importância	2 Alguma Importância	3 Bastante Importante	4 Muito Importante
11- Desenvolver-me como pessoa.				
12- Fazer muito exercício físico.				
13- Ser admirado pelos meus conhecimentos e capacidades.				
14- Fazer coisas arriscadas.				
15- Fazer as coisas em conjunto com as outras pessoas.				
16- Estar com amigos.				
17- Ter cada dia diferente de alguma maneira do dia anterior.				
18- Ter boas condições de espaço e luz no trabalho.				
19- Ter um trabalho em que tiro partido das minhas aptidões.				
20- Saber que os meus esforços terão resultados visíveis.				
21- Progredir rapidamente na minha carreira.				
22- Ter prazer com a beleza do meu trabalho.				
23- Ter um trabalho em que o objectivo é ajudar outras pessoas.				
24- Poder exercer a chefia no meu trabalho.				
25- Tomar decisões por mim mesmo no trabalho.				
26- Criar qualquer coisa de novo no meu trabalho.				
27- Ter um bom ordenado.				
28- Viver a vida à minha maneira.				
29- Ter ideias sobre o que vou fazer na vida.				
30- Praticar desporto e outras actividades físicas.				
31- Ser uma pessoa conhecida.				
32- Sentir que há algum risco ou algum perigo no trabalho que faço.				
33- Trabalhar em grupo.				
34- Fazer as coisas com pessoas de quem gosto.				
35- Fazer várias coisas diferentes durante o dia.				
36- Ter boas instalações sanitárias no trabalho (casa de banho, lavatório, etc.).				
37- Ter um trabalho em que posso desenvolver as minhas aptidões.				
38- Atingir um alto nível de realização no meu trabalho.				
39- Ter a possibilidade de ser promovido.				

	1 Pouca/Nenhuma importância	2 Alguma Importância	3 Bastante Importante	4 Muito Importante
40- Interessar-me pela beleza do meu trabalho.				
41- Trabalhar de maneira a fazer do mundo um lugar melhor.				
42- Ser a pessoa que dirige as coisas no trabalho.				
43- Ser livre de fazer o trabalho à minha maneira.				
44- Ter ocasião de pôr à prova novas ideias no meu trabalho.				
45- Viver onde o emprego é estável e seguro.				
46- Trabalhar no que quero e quando quero.				
47- Encontrar satisfação pessoal no meu trabalho.				
48- Ter actividade física no meu trabalho.				
49- Ser tido em grande consideração pelo meu trabalho.				
50- Fazer coisas perigosas no meu trabalho se me interessam.				
51- Estar com outras pessoas enquanto trabalho.				
52- Sentir que sou bem tratado no trabalho.				
53- Mudar frequentemente de actividades no trabalho.				
54- Estar protegido das condições atmosféricas no meu trabalho.				
55- Aproveitar ao máximo os meus pontos fortes ou talentos.				
56- Ter orgulho no que faço.				
57- Saber que as coisas vão melhorar à medida que adquirei mais experiência.				
58- Poder dar mais beleza ao mundo.				
59- Ajudar as pessoas em dificuldade.				
60- Ter autoridade para conseguir que as coisas sejam feitas.				
61- Ser eu a decidir como resolver os meus problemas do dia a dia.				
62- Pensar em coisas novas para fazer.				
63- Ter um sentimento de segurança económica.				
64- Estabelecer a minha própria maneira de viver.				
65- Desenvolver a minha vida interior.				
66- Poder estar muito tempo ao ar livre.				
67- Ser considerado uma grande pessoa.				
68- Enfrentar o desafio do perigo.				

	1 Pouca/Nenhuma importância	2 Alguma Importância	3 Bastante Importante	4 Muito Importante
69- Ter pessoas com tempo para conversar.				
70- Estar onde há pessoas amigas à minha volta.				
71- Poder ir a diferentes sítios.				
72- Ter uma boa temperatura ambiente no trabalho.				
73- Estar sempre a aprender coisas novas no trabalho.				
74- Ser bom no meu trabalho.				
75- Trabalhar onde as pessoas pensam em termos de subir no emprego.				
76- Contribuir com o meu trabalho para a beleza e harmonia das coisas				
77- Ajudar a melhorar a sociedade através do meu trabalho.				
78- Poder dizer aos outros o que devem fazer no trabalho.				
79- Poder decidir o que faço no trabalho.				
80- Desenvolver novas ideias ou novos produtos no meu trabalho.				
81- Ser bem pago qualquer que seja o trabalho que faça.				
82- Ter liberdade no meu trabalho para me vestir e agir à minha vontade.				
83- Desenvolver eu próprio a minha vida profissional.				
84- Esforçar-me fisicamente no meu trabalho.				
85- Haver quem pense bem do trabalho que faço.				
86- Expor-me a riscos moderados no meu trabalho.				
87- Lidar com diversa pessoas no meu trabalho.				
88- Poder falar com os outros enquanto trabalho.				
89- Poder fazer o meu trabalho de várias maneiras.				
90- Trabalhar num local que torne fácil exercer as minhas funções.				

O questionário terminou! Verifique se respondeu a todas as questões!

OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO!

Idade dos inquiridos

Idade	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
21	1	,7	,7
22	3	2,0	2,7
23	9	6,0	8,7
24	15	10,0	18,8
25	17	11,3	30,2
26	9	6,0	36,2
27	9	6,0	42,3
28	9	6,0	48,3
29	14	9,3	57,7
30	10	6,7	64,4
31	8	5,3	69,8
32	3	2,0	71,8
33	4	2,7	74,5
34	5	3,3	77,9
35	8	5,3	83,2
37	5	3,3	86,6
38	2	1,3	87,9
39	3	2,0	89,9
40	3	2,0	91,9
41	2	1,3	93,3
42	2	1,3	94,6
43	2	1,3	96,0
44	1	,7	96,6
45	1	,7	97,3
46	1	,7	98,0
48	1	,7	98,7
52	1	,7	99,3
59	1	,7	100,0
Total	149	99,3	
Valor omissos	9	1	,7
Total	150	100,0	

Tempo global de serviço

	Tempo global de serviço	Frequência	Percentagem	Percentagem cumulativa
	1	16	10,7	11,0
	2	25	16,7	28,1
	3	16	10,7	39,0
	4	16	10,7	50,0
	5	8	5,3	55,5
	6	5	3,3	58,9
	7	10	6,7	65,8
	8	8	5,3	71,2
	10	5	3,3	74,7
	11	6	4,0	78,8
	12	7	4,7	83,6
	13	3	2,0	85,6
	14	2	1,3	87,0
	15	3	2,0	89,0
	16	3	2,0	91,1
	17	1	,7	91,8
	18	3	2,0	93,8
	19	1	,7	94,5
	20	2	1,3	95,9
	21	2	1,3	97,3
	25	1	,7	97,9
	26	1	,7	98,6
	30	1	,7	99,3
	35	1	,7	100,0
	Total	146	97,3	
Valor omissos	9	4	2,7	
	Total	150	100,0	

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,818
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	221,188
	df	15
	Sig.	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,854
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	3654,386
	df	703
	Sig.	,000

Itens	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
Estudante							
1-Realizar com regularidade, uma revisão das minhas práticas de trabalho	,618	-,426	,088	,073	,198	-,126	,047
2- Assumir a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção de competências	,566	-,511	,278	-,083	,115	-,187	,087
3- Actuar no sentido de ir ao encontro das minhas necessidades de formação contínua	,625	-,443	,015	,386	,121	,036	-,045
4- Actuar como tutor/mentor eficaz	,669	-,440	,055	,101	-,007	-,243	,159
5- Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde	,685	-,186	,134	-,170	,258	,078	-,160
6- procurar e consultar livros relacionados com as diferentes patologias	,642	-,415	-,071	,420	,187	,061	-,069
7- Organizar o estudo em casa	,667	-,216	-,015	,543	,053	,131	-,073
8- Procurar uma biblioteca com os recursos necessários para realizar um trabalho	,626	-,049	-,003	,590	-,005	,204	-,149
9- Expôr as ideias de forma clara	,701	-,298	,199	,126	,006	-,223	-,013
10- Conceber e apresentar acções de formação	,679	-,293	,071	,286	-,017	-,104	-,204

Itens	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
Trabalhador							
1- Aceitar a responsabilidade e responder pelas minhas acções e pelos juízos profissionais que elaboro.	,469	-,315	,201	-,421	,140	,109	,289
2- Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	,547	-,254	,013	-,305	,319	-,054	,309
3- No serviço, respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e dos grupos.	,433	,030	,123	-,504	,042	,250	,360
4- Aplicar o pensamento crítico e técnicas de resolução de problemas.	,758	-,312	,081	-,131	-,142	,048	-,034
5- Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis.	,714	-,105	,099	-,313	-,184	,196	-,088
6- Implementar os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	,719	-,212	,139	-,235	-,230	,150	-,080
7- Utilizar instrumentos para avaliar os riscos reais e potenciais, no desempenho da profissão.	,736	-,168	,048	-,189	-,379	,037	-,037
8- Implementar procedimentos de controlo de infecção.	,595	-,233	,113	-,128	-,030	-,044	,014
9- Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	,401	,295	,202	-,410	-,070	,104	-,507
10- Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	,700	-,199	,097	-,268	-,337	,015	-,146

Itens	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
Tempos Livres							
2- Ocupar os tempos com as actividades preferidas.	,204	,589	,442	,231	,008	-,075	-,077
3- Desenvolver as minhas capacidades pessoais nas actividades de tempos livres.	,381	,513	,449	-,053	,056	-,304	-,132
4- Ocupar os tempos livres sozinho.	,156	,089	,150	,261	-,030	,724	,092
5- Decidir com os amigos como ocupar os tempos livres.	,095	,431	,581	-,077	,194	,129	-,107
6- Organizar actividades de tempos livres.	,298	,607	,323	,231	-,007	,171	,286
7- Realizar-me nos tempos livres.	,495	,565	,323	-,004	,233	-,111	-,053
8- Desenvolver um estilo próprio na realização de actividades de tempos livres.	,478	,513	,325	,230	-,161	,090	,277
9- Participar em actividades de tempos livres que contribuam para o meu bem-estar.	,459	,671	,320	-,006	-,031	-,107	-,017
10- Escolher actividades de tempos livres que ajudem a conhecer melhor o meio que me rodeia.	,552	,442	,197	,203	-,101	-,287	,269

Itens	Factores						
	1	2	3	4	5	6	7
Casa e Família							
1- Organizar actividades necessárias ao bem-estar da família.	,549	,355	-,509	-,054	-,247	-,046	,068
2- Ser bom anfitrião.	,508	,511	-,097	-,163	,039	-,030	-,112
3- Estabelecer relações familiares satisfatórias.	,553	,313	-,416	-,165	,337	,071	-,016
4- Dar apoio afectivo aos membros da família.	,528	,319	-,548	-,188	,127	-,007	-,058
5- Cuidar da casa.	,520	,155	-,382	,247	-,328	-,069	,209
7- Aumentar a harmonia familiar.	,545	,169	-,506	-,163	,296	,014	-,019
8- Manter uma conversação agradável durante as refeições.	,388	,358	-,380	,103	,418	,107	-,050
9- Participar em actividades relacionadas com a casa e a família que ajudem a definir o estilo de vida pretendido.	,570	,385	-,562	,069	-,164	-,078	,072
10- Desenvolver capacidade de planeamento e de tomada de decisão quando realize actividades relacionadas com a casa e a família.	,583	,284	-,577	,007	-,126	-,025	-,058

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,676
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	102,280
	df	6
	Sig.	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,706
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	10542,686
	df	4005
	Sig.	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,845
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1709,226
	df	153
	Sig.	,000

KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,798
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1214,766
	df	276
	Sig.	,000