



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem
Perspetivas e Vivências dos Enfermeiros Orientadores

Dissertação elaborada com vista à obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação na Especialidade de Supervisão Pedagógica

Orientador: Doutor Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre

Júri:

Presidente:

Doutor Marcos Teixeira de Abreu Soares Onofre

Vogais:

Doutora Marta Hansen Lima Basto Correia Frade

Doutora Ana Maria Peixoto Naia

Maria Jacinta Silva Ferreira Aguiar

2013

Aos meus pais
Às minhas filhas

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Marcos Onofre, meu orientador, pelo abraço no dia em que o meu pai partiu e pela motivação extra em momentos chave.

Aos enfermeiros, participantes neste estudo, sem os quais não seria possível este trabalho.

Aos meus colegas de profissão, com quem partilhei alguns momentos de dúvidas.

Aos meus amigos, simplesmente por serem meus amigos.

À minha família que pacientemente prescindiu de muitas horas da minha disponibilidade.

A todos, o meu mais sincero OBRIGADA.

RESUMO

Estudo enquadrado na área da Supervisão da formação inicial de Enfermagem, que incide nas experiências vivenciadas pelos enfermeiros orientadores no decurso do processo de supervisão de alunos em ensinamentos clínicos.

A revisão da literatura realizada engloba a formação inicial do profissional de enfermagem, a supervisão da aprendizagem clínica e o enfermeiro no papel de supervisor clínico. A supervisão é entendida como um processo mediador na aprendizagem e no desenvolvimento humano e profissional, cujo sucesso depende da natureza da interação criada.

Estudo empírico, descritivo, de abordagem qualitativa. Os dados foram recolhidos através de entrevista semiestruturada, realizada a 10 enfermeiros orientadores de um pequeno hospital onde decorrem ensinamentos clínicos de enfermagem. As entrevistas foram transcritas e os dados sujeitos a análise temática do conteúdo.

Os resultados obtidos evidenciam a falta de comunicação entre os atores intervenientes no processo, a escassez de oferta de formação aos enfermeiros orientadores e a debilidade da articulação escola/organização de saúde.

São referidas as estratégias utilizadas pelos orientadores para desenvolver competências nos alunos e deixadas sugestões para melhoria das parcerias institucionais. Fica evidente que é preciso mudar as práticas e investir em mudanças promotoras da melhoria dos processos de supervisão em enfermagem.

Palavras-chave: supervisão, ensino clínico, enfermagem, parceria, formação inicial, orientadores, conhecimento, supervisores, enfermeiros, estágio

ABSTRACT

Study centered on the Supervision of early training in Nursing, focusing on the experiences of supervisor nurses during the mentoring of student interns in clinical training.

The theoretical grounds which were organized encompass the initial training of the professional nurse, the supervising of clinical learning and the nurse in the role of clinical supervisor. Supervision is understood as a mediating process in learning and in human and professional development, which success depends on the nature of the interaction created.

Empirical study, descriptive, of qualitative approach. The data was gathered through semistructured interviews to 10 supervisor nurses from a small hospital where nursing internships take place. The interviews were transcribed and the data subjected to thematic analysis of content.

The results show a deficitary communication among the various intervening participants in this process, the lack of training available for supervisor nurses and the frail articulation between school and health facility.

The strategies used by supervisors in order to develop competences in the student interns are approached and suggestions are put forward for the improvement of institutional partnerships. It is clear that practices need to be changed and an investment in real change which promotes better practices on supervision for nursing needs to occur.

Keywords: supervision, internship, nursing, partnership, initial training, tutors, knowledge, supervisors, nurses, mentoring, clinical training.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA.....	17
1. A FORMAÇÃO INICIAL DE ENFERMAGEM.....	18
1.1. Construção do conhecimento profissional dos enfermeiros.....	19
1.2. Ensino de cuidados de enfermagem.....	25
1.3. Ensino clínico de enfermagem.....	29
1.4. Relação teoria-prática.....	34
1.4.1. Dicotomia teoria/prática no ensino de enfermagem.....	35
1.4.2. Articulação entre teoria e prática.....	37
2. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	39
2.1. Conceitos e processos.....	39
2.2. Modelos e estratégias.....	41
2.3. Supervisão de ensino clínico de enfermagem.....	47
3. O ENFERMEIRO NO PAPEL DE SUPERVISOR DE ENSINOS CLÍNICOS.....	49
3.1. Dificuldades, parcerias e formação.....	52
4. ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE O PROCESSO DE SUPERVISÃO.....	58
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	61
5. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	61
6. METODOLOGIA.....	63
6.1. Tipo de estudo e objetivos do estudo.....	63
6.2. Participantes no estudo/Amostra.....	65
6.3. Procedimentos de recolha de dados.....	66
6.4. Procedimentos de tratamento e análise de dados.....	68

7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	72
7.1. Caracterização dos participantes no estudo.....	72
7.2. As experiências vivenciadas no desenvolvimento do processo de supervisão em ensino clínico.....	75
7.3. As perspectivas dos participantes sobre a prática da organização dos ensinos clínicos e sobre a participação dos atores.....	88
7.4. Relação entre a teoria e a prática.....	94
7.5. Desenvolvimento de aprendizagens em ensino clínico- Dimensões mais valorizadas.....	103
7.6. O ensino clínico: A parceria Escola/Organização de Saúde.....	109
8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	117
9.CONCLUSÕES.....	125
10.BIBLIOGRAFIA.....	127
ANEXO.....	133

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I – Grelha de análise dos domínios, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas dos Enfermeiros Orientadores.....	71
QUADRO II - Vivências dos enfermeiros orientadores relacionadas com o desenvolvimento do processo de supervisão de alunos	76
QUADRO III – Opiniões dos orientadores sobre a interação dos atores intervenientes no processo de supervisão em ensinos clínicos de enfermagem	80
QUADRO IV – Dificuldades dos orientadores no desempenho da função de supervisão de ensinos clínicos em Enfermagem	83
QUADRO V – Opiniões dos orientadores sobre a formação específica para a supervisão.....	85
QUADRO VI – Opiniões dos orientadores sobre a forma de organização dos ensinos clínicos em Enfermagem.....	89
QUADRO VII – Opiniões dos orientadores sobre a intervenção dos atores no planeamento e avaliação dos ensinos clínicos.....	91
QUADRO VIII – Opiniões dos orientadores sobre as mudanças recentes na organização dos ensinos clínicos.....	93
QUADRO IX – Opiniões dos orientadores sobre o nível dos conhecimentos teóricos dos alunos antes dos ensinos clínicos.....	95
QUADRO X – Opiniões dos orientadores sobre o que verbalizam os alunos sobre a sua própria preparação teórica.....	96
QUADRO XI – Opiniões dos orientadores sobre se a articulação teoria/prática é uma preocupação da escola	98
QUADRO XII – Opiniões dos orientadores sobre as estratégias que utilizam para a articulação teoria/prática	100
QUADRO XIII – Opiniões dos orientadores sobre as valorizações atribuídas às competências a desenvolver em ensinos clínicos.....	104

QUADRO XIV – Opiniões dos orientadores sobre se as competências valorizadas pelos orientadores são as mesmas que a escola valoriza	106
QUADRO XV – Opiniões dos orientadores sobre se os conteúdos e a avaliação são alvo de discussão conjunta pelos atores	108
QUADRO XVI – Opiniões dos orientadores sobre a visibilidade da parceria Escola/Organização de saúde no processo de supervisão de ensinos clínicos	110
QUADRO XVII – Opiniões dos orientadores sobre a parceria enquanto processo colaborativo na formação de enfermeiros.....	113
QUADRO XVIII – Opiniões dos orientadores sobre a importância das parcerias no processo de supervisão de ensinos clínicos	115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos participantes por género.....	72
Gráfico 2- Distribuição dos participantes por faixa etária	73
Gráfico 3- Distribuição dos participantes por habilitações literárias e profissionais	73
Gráfico 4- Distribuição dos participantes por categoria profissional	74
Gráfico 5- Distribuição dos participantes por tempo de exercício profissional .	74
Gráfico 6- Distribuição dos participantes por experiência profissional em orientação de alunos	75

INTRODUÇÃO

A formação profissional dos enfermeiros tem-se assumido como uma parceria entre as Escolas e as Instituições de Saúde, no sentido de formar profissionais detentores de competências alicerçadas em conhecimentos sólidos, capazes de inovar, de trabalhar em equipa, com sentido crítico e reflexivo, de forma a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados de enfermagem.

Regulamentada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e por um conjunto de normativos legais e tendo por base diretivas europeias que estruturam o seu sistema de formação, a formação em enfermagem deve habilitar o enfermeiro para o exercício autónomo da profissão e contribuir para o seu desenvolvimento pessoal, cultural e ético; pressupõe que uma parte significativa da mesma formação (ensino clínico) se desenvolva em situação real, nos diferentes contextos da atividade profissional dos enfermeiros, necessitando por isso da colaboração dos profissionais da prática, no âmbito da supervisão dos estudantes.

Integrados nas equipas, nos diferentes contextos de trabalho de enfermagem, os estudantes têm a oportunidade única de colocar em prática os conhecimentos teóricos e, também, pelas experiências vivenciadas, desenvolver outras áreas do saber, tais como “saberes morais, sociais, relacionais, de saber estar e saber ser” (Fonseca, 2006, p.9).

Este processo de desenvolvimento do estudante em ensino clínico constitui um processo de transição que requer que o futuro profissional interiorize o novo conhecimento; a qualidade das aprendizagens desenvolvidas são centrais em todo o processo formativo, e são oportunidades únicas para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam, reconstruindo, no seu repertório pessoal, os conhecimentos a que tiveram acesso na fase teórica do curso e construírem novos saberes e modos de ser, estar e responder de forma adequada, em função dos diferentes clientes e contextos.

Quanto aos enfermeiros orientadores, são aqueles profissionais (atores neste processo) que, com muita frequência, sem formação específica em supervisão, se responsabilizam, nos serviços onde trabalham e em colaboração com os docentes e as escolas, pela orientação dos estudantes. Aceitam ser os *modelos* do exercício profissional, facilitam a integração dos estudantes nos serviços, mobilizam os recursos

disponíveis para a aprendizagem, procuram proporcionar aos seus alunos o máximo de experiências de aprendizagem e momentos de formação. A estas responsabilidades acresce a disponibilidade para ouvir, apoiar e dar *feedback* sobre o desempenho, tendo em vista a avaliação.

Estes processos de acompanhamento e supervisão das práticas clínicas dos enfermeiros, hoje colocados no centro do debate sobre a formação e exercício profissional dos enfermeiros, não são recentes. Ainda que com pouca visibilidade, são processos que têm acompanhado os diversos percursos de formação e de profissionalização, na área da saúde e também da Enfermagem.

Com as discussões à volta do novo *Modelo de Desenvolvimento Profissional* e do sistema de certificação de competências dos Enfermeiros, o debate tem sido incrementado. A Ordem dos Enfermeiros vem defender neste Modelo de Desenvolvimento, um modelo de supervisão que valoriza, na sua complexidade e unicidade, o sujeito supervisionado e a relação que estabelece com o contexto específico e objeto da supervisão, esperando-se do agir do supervisor a “capacidade de adequar a sua atitude e estilo de supervisão às diferentes situações, sejam elas diferentes supervisionados, ou diferentes momentos no processo de desenvolvimento de um mesmo supervisionado” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, pp 5-6).

A Ordem dos Enfermeiros reconhece o potencial formador da supervisão clínica e a sua capacidade de gerar novas dinâmicas e práticas profissionais e defende que a relação entre supervisor e supervisionado deve estabelecer-se numa atmosfera afetiva, positiva, assente na entreajuda recíproca, aberta, espontânea, autêntica, favorecedora da aprendizagem e desenvolvimento.

Aos profissionais de enfermagem, face a situações complexas da sua prática, é-lhes exigida a mobilização de um conjunto de saberes próprios que lhes permita responder de modo criativo e adequado à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam. Com o ensino clínico pretende-se assegurar a aquisição/construção desses saberes (conhecimentos, aptidões e atitudes) necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional dos enfermeiros.

A presença dos alunos nos serviços é tida como benéfica não só para aqueles que diretamente se responsabilizam pela orientação/supervisão, mas também para a equipa e em última análise para o serviço, porque ajuda a refletir sobre as práticas,

facilitando o desenvolvimento de todos, aumentando as suas competências profissionais e melhorando a qualidade dos cuidados que se prestam.

A importância da formação em contexto clínico, reconhecida hoje por todos os protagonistas, impele cada vez mais os sistemas de saúde a certificarem as unidades de cuidados como espaços de formação, de forma a reconhecer a sua idoneidade formativa e a sua capacidade e excelência para a formação clínica.

Luísa D'Espiney (1999) citada em Pereira (2007) declara que aprender com a experiência e transformá-la em saber “*implica não só tomar o ato de trabalho como ponto de partida, mas também constituí-lo em objeto de reflexão*”; a reflexão é, por isso, na prática de enfermagem o pilar do processo de formação e assume um lugar de destaque. É importante que o supervisor/orientador de estágio/ensino clínico tenha consciência do seu papel de aprendente em todo este processo e da forma como este pode contribuir para o seu desenvolvimento, como enfermeiro e como supervisor.

O estudo de Neto (2003), citado por Pereira (2008, p. 56), com estudantes do 2º ano, vem demonstrar que estes atribuem ao ensino clínico uma importância máxima, elegem-no como uma experiência singular, nova, difícil, mas desejada e onde se aprende a ser enfermeiro. Os enfermeiros orientadores das equipas são os seus modelos, não sendo reconhecida aos professores das escolas de enfermagem uma validade prática, pelo facto de não estarem presentes no seu quotidiano, embora se constituam como referência para ações não integradas nas práticas. Contudo, o ensino clínico é uma das principais preocupações identificadas, quer por professores, quer por estudantes, enquanto processo polarizador dos vários tipos de aprendizagem.

Durante o desenvolvimento de competências em ensino clínico, os estudantes constroem a sua identidade profissional que tem início na formação. Esta construção é um processo complexo e inacabado que se vai construindo por diferentes fases através de um processo de introjeção do ou dos modelos de referência.

Na construção da identidade assumem particular importância as relações interpessoais e a forma como nas mesmas o poder é vivido. É nas relações com os outros, em alteridade, que os estudantes, ao agirem enquanto profissionais, evidenciam a sua especificidade, o seu poder, a sua identidade. Nesta relação, o “outro” nunca é um parceiro vivido como “neutro” ou indiferente. A forma como é vivida a relação interpessoal, como é aceite e respeitado o poder/saber de cada um, tem

potencialmente possibilidade de influenciar na construção da identidade. (Collière,1989).

Como disse Abreu (2007), a consolidação da aprendizagem concretiza-se em espiral, estando os processos de assimilação ancorados em aprendizagens significativas anteriores e quer a aprendizagem quer a análise dos trajetos de formação têm subjacente uma perspetiva ecológica do contexto. A formação clínica permite o desenvolvimento de competências, integração da teoria na prática, socialização e formação de identidade profissional através de experiências socio clínicas e identificação de modelos profissionais. Considera ainda este autor que as experiências clínicas têm um impacto assinalável a nível das pessoas e das organizações.

Assim surge o nosso interesse neste estudo o qual, ao permitir explorar as experiências dos enfermeiros orientadores, enquanto orientadores/supervisores de ensinios clínicos em enfermagem, permitirá cumprir a finalidade de alargar os nossos horizontes, permitindo novas e diferentes perspetivas, atualizadas, sobre a formação e a supervisão em enfermagem.

O nosso interesse não será *inocente*, uma vez que os enfermeiros chefes, dos serviços onde ocorrem ensinios clínicos, têm responsabilidades acrescidas para com a profissão de enfermagem de um modo geral e na formação dos enfermeiros, em particular. É uma realidade que nos tem motivado algumas reflexões e preocupações e que, de algum modo, nos inspira neste trabalho.

Ponderar sobre esta realidade conduziu-nos à questão orientadora desta pesquisa: *que experiências são vivenciadas pelos enfermeiros orientadores de ensinios clínicos de enfermagem?*

Este tem sido um longo trajeto reflexivo e investigativo. Ao procurarmos analisar as experiências da supervisão/orientação do aluno em ensino clínico de enfermagem, considerámos importante compreender como se constrói o conhecimento profissional de enfermagem, como se ensina o *cuidar* em enfermagem e como se articulam a teoria e a prática.

Temáticas relacionadas com o ensino clínico, os contextos e a supervisão também foram abordadas, assim como procurámos analisar o papel dos enfermeiros da prática, na supervisão do ensino clínico de enfermagem.

Na segunda parte do trabalho, procedemos à apresentação do estudo empírico.

Enquadramos metodologicamente o estudo e em seguida fazemos a análise dos resultados, procedendo assim à incursão pelo contexto do ensino clínico, na perspectiva dos enfermeiros. Após a discussão dos resultados, finalizámos com uma breve exposição das principais conclusões, as quais, além de poderem servir de reflexão no domínio da orientação/supervisão em ensino clínico, poderão servir de incentivo e quiçá uma contribuição para investigações nesta área.

Deste modo, este trabalho pretende ser uma reflexão sobre o percurso de formação e reflexão da prática, podendo retirar daí ilações que possam fornecer contributos para melhorar o processo de Supervisão dos futuros profissionais de Enfermagem.

PARTE I – REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura é, para Fortin (2009, p. 74), “*um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio da investigação*” proporciona ao investigador a familiarização com a literatura relevante, permitindo ainda uma maior compreensão do que já foi aprendido sobre o assunto.

Para esta investigação foi desenvolvida uma revisão, que se pretende objetiva e que permita analisar e aprofundar conhecimentos sobre a formação inicial, ensinamentos clínicos e supervisão clínica em enfermagem. Selecionados os documentos mais pertinentes, face ao estudo a que nos propusemos, foram desenvolvidos os seguintes aspetos: *formação inicial em enfermagem, supervisão da aprendizagem clínica, e o enfermeiro no papel de supervisor de ensinamentos clínicos.*

Consultando o Dicionário de Língua Portuguesa (2006, p.1099) e segundo a perspetiva da Pedagogia, a palavra “orientação” encontra-se descrita como o “acompanhamento que o professor dá ao aluno, utilizando técnicas, recursos e procedimentos adequados, ao progresso da aprendizagem.” Assim, no nosso estudo, *enfermeiro orientador* corresponde ao enfermeiro da prática direta de cuidados, responsável pela orientação/supervisão de alunos do curso de licenciatura em enfermagem que se encontram em ensino clínico, no serviço onde o referido enfermeiro desempenha as suas funções.

Para Abreu (2007) o tutor é um profissional experiente, que se responsabiliza por acompanhar, guiar e aconselhar os estudantes em formação articulando-se com a escola, utilizando técnicas que contribuam para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências dos alunos e fomentando a principal função do enfermeiro, a de cuidar.

Ao longo do trabalho poderão ser usados os termos *supervisor, orientador, tutor* referindo-se ao enfermeiro da prática, com o mesmo significado.

Quanto ao termo *estágio*, uma vez que consiste numa palavra frequentemente aplicada no mundo da enfermagem, nomeadamente em contexto de trabalho acerca da formação inicial, constitui-se como sinónimo do conceito *ensino clínico*.

1. A FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM

A profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível.

(Regulamento para o Exercício Profissional de Enfermeiros)

Honoré (1980) citado por Garcia (1999, p.19) afirma que “o conceito formação é geralmente associado a alguma atividade, sempre que se trata de formação para algo”. Assim, quando falamos de formação inicial, estamos a referir-nos à formação que se constitui como alicerce da formação posteriormente adquirida ao longo de toda a vida. Perrenoud (1993, p.149) definiu-a como o “início da formação contínua que acompanhará o profissional durante toda a sua carreira”.

A formação inicial em enfermagem situa-se no âmbito da formação de adultos, onde os formandos possuem um percurso formativo e são capazes de fazer escolhas intencionais, de onde resulta o significado desse mesmo percurso formativo (Fonseca, 2006). Organiza-se segundo duas componentes relevantes que se desenvolvem em contextos de aprendizagem diferenciados: uma componente teórica realizada em contexto escolar e uma componente mais prática, ensino clínico, realizada em contexto de trabalho.

A componente teórica centra-se num conjunto de disciplinas que visa a aquisição e o desenvolvimento de conhecimento científico, de conhecimento técnico, de capacidades, de valores e de atitudes que representam a parte do saber profissional necessário ao desempenho profissional do enfermeiro. Quanto à componente prática profissional, ela corresponde a um conjunto de experiências que são proporcionadas, em contexto real, através de aprendizagens significativas que devem ser analisadas e refletidas à luz dos quadros teóricos aprendidos, permitindo a aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais que não podem ser desenvolvidas em sala de aula.

Assim, a formação em enfermagem é um percurso de apropriação pessoal e reflexivo dos saberes, teóricos e práticos, durante o qual o formando se transforma, constrói a resposta à pergunta “o que é a Enfermagem?”, aprende a comportar-se como enfermeiro e dá início à construção da sua identidade profissional.

A enfermagem é uma profissão “*que se preocupa com o que faz, como faz e para quem faz, ou seja, cuidar da saúde das pessoas. Para isso devem estar desenvolvidas lado a lado, as vertentes técnicas, científica e relacional*” (Garrido, Simões & Pires, 2008, p.51).

O processo de formação em enfermagem tem vindo a ser problematizado e questionado, pensado e repensado, pelo lugar de destaque que assume nos contextos de mudança que se observam na sociedade, decorrentes das alterações e transformações sociais, da evolução e desenvolvimento técnico-científico. Integrando processos e estratégias de ensino/aprendizagem, tem como finalidade o desenvolvimento de competências que permitam cuidar de pessoas ao longo do seu ciclo de vida, de forma contextualizada e individualizada, dando razão de ser à enfermagem e à sua prática. (Fonseca, 2006).

A ênfase dessa formação, à luz dos contextos atuais, tem que ser colocada no desenvolvimento global da pessoa (Carvalho, 2003), uma vez que os atuais cenários apontam para valorização de saberes relacionados com a autonomia, a adaptabilidade e o aprender a aprender.

Para Ferguson e Day (2007), citados por Abreu (2007), os novos profissionais para terem sucesso devem ser preparados para mobilizar e gerir um volume significativo de informação, construir o seu próprio percurso profissional e trabalhar no sentido da eficiência e promoção de cuidados seguros e de qualidade.

O reconhecimento da profissão de enfermagem exige que se criem condições para uma formação de qualidade, tornando a tarefa mais relevante do professor, a de dotar o estudante de instrumentos que lhe permitam desenvolver uma aprendizagem significativa e vir a ser um profissional reflexivo, autónomo e responsável.

1.1 Construção do conhecimento profissional dos enfermeiros.

Cuidar, ...esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas
(Collière, 2003).

Mesmo antes do aparecimento da enfermagem, como profissão, o cuidar esteve sempre presente nas diferentes dimensões do ciclo de vida. Como nos diz Collière (1989, p.27), “*desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso, tomar conta, da vida, para que ela possa permanecer*”. O cuidado tem, assim, a ver

com a atenção. O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar, ou do seu estado, do seu bom funcionamento.

Nunes (2006) afirma que, analisada enquanto profissão, a Enfermagem dirige-se à pessoa, promovendo e protegendo a vida, concretizando-se através do cuidado. Pessoa que, e de acordo com Carvalho (2004), em interação contínua com o seu meio, vive experiências de saúde, sendo a defesa da autonomia da pessoa cuidada, um valor fundamental.

O conceito de “prestar cuidados” ou “cuidar” designa essa “atenção especial” que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde.

O cuidar praticado pela enfermagem, pode ser entendido como um processo que envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos, fundamentados no conhecimento científico, técnico, pessoal, cultural, psicossocial, económico, político e espiritual, pretendendo a promoção, manutenção e ou recuperação da saúde, dignidade e plenitude humana. É ainda Collière quem nos diz que, “*cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades que lhe são indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação*” (Collière, 1989, p. 29).

Neto (2006, p. 23) no seu estudo, refere Watson, (1985) e Leininger (1988) para declarar que o conceito *cuidar*, por ser considerado como a essência da disciplina, tem sido tema central de grande parte da literatura mais recente de enfermagem e cita Carvalho (2004), o qual refere estudos de outros autores (Griffin, Bennet, Mayeroff, Domdeck, Watson, Bevis, Boykin e Roach) para afirmar o “cuidar”, como aprender a crescer, considerando que a atitude cuidativa é um crescimento pessoal e também uma garantia da qualidade dos cuidados.

Cuidar em enfermagem tem uma abrangência que ultrapassa os aspetos da relação, dado que cuidados de qualidade implicam conhecimentos científicos, de gestão (do tempo e de recursos) e, sem dúvida, valores humanísticos que estão na base da humanização dos cuidados, na solidariedade e empatia das relações. Relativamente a este assunto, Hesbeen (2001), diz que cuidar não é a soma de ações fragmentadas, umas técnicas, outras educativas e outras relacionais; o cuidar é a interligação destas componentes, que são essenciais a um cuidar de qualidade. E Pacheco (2004), citado por Costa (2011, p. 55), afirma que cuidar implica “*prestar*

atenção global e continuada a um doente, nunca esquecendo que ele é antes de tudo uma pessoa”.

As competências do enfermeiro vão para além do cuidar, envolvendo a gestão desses mesmos cuidados, o que pressupõe uma prática ética e legal e o desenvolvimento profissional (OE, 2003).

Entendemos então que pensar em formação em enfermagem é pensar numa profissão de interação humana, em que é fundamental *cuidar* e promover contextos de desenvolvimento. Assim, torna-se indispensável a exigência da utilização de processos de construção do conhecimento (e não apenas um conhecimento técnico), processos integrados, contextualizados pelo aprendente de enfermagem, à medida que vai progredindo, prolongando-se desde o início e acompanhando toda a sua vida profissional. Vemos a enfermagem, como uma disciplina contextualizada e inseparável das práticas e padrões culturais e cujo conhecimento não deve ser um processo cumulativo, mas sim sustentado em alicerces seguros.

Abreu (2007, p. 40) lembra que *“existem três requisitos fundamentais para a afirmação de uma profissão: uma base consistente de conhecimentos, um conjunto de meios para os difundir e um elevado nível de autonomia”*. Afirma que, à semelhança de outras profissões existem, no âmbito da enfermagem, diversas teorias cujo propósito reside na tentativa de explicitar a natureza e os contornos da disciplina e que tal facto não pode, por si, ser considerado uma dificuldade e muito menos uma debilidade.

Analisando o desenvolvimento atual da enfermagem e, numa perspetiva estruturalista, Abreu (2007) identifica oito padrões fundamentais do conhecimento:

- *o empírico (a ciência de enfermagem, os seus objetos de atenção, as estratégias de ancoragem);*
- *o estético (a “arte de enfermagem”, o conhecimento pessoal, que diz respeito à qualidade dos contactos interpessoais, personalização e individualização dos cuidados);*
- *o ético (a componente do conhecimento moral de enfermagem);*
- *o processual (linguagem profissional; conhecimentos sistemáticos e assistemáticos que permitem mediar o diagnóstico e a ação, adaptadas a situações sempre renovadas, sem se constituírem em princípios explícitos. A linguagem profissional pode ser definida como um conjunto de termos e*

respetivos significados, que são usados para indexar e classificar a informação em enfermagem);

- o relacional (relação e interações com a pessoa ou grupos humanos);

- o cultural (conhecimentos que permitem ao enfermeiro compreender a forma como os indivíduos vêm, sentem e pensam o seu próprio mundo);

- o tácito (conhecimento adquirido na prática, que se manifesta na execução de uma dada tarefa, sem ter necessidade de uma reflexão prévia. São em grande parte intuitivos (conjunto de saberes inscritos na memória, formados em momentos passados, mas sempre passíveis de servirem de matriz para leituras e tomadas de decisão, através de transposições analógicas para situações similares). Abreu (2007, pp. 41-42).

Concordamos com Abreu (2007) quando afirma que os diferentes tipos de saber e as suas fontes, não têm importância por si só. Ter como primeira fonte de conhecimento, na prática de enfermagem, a própria pessoa ou grupo, que se exprimem sobre um problema, significa, para a prática da profissão, a capacidade de decodificar as mensagens expressas pela comunicação verbal e não-verbal, assim como as referências simbólicas utilizadas pela/s pessoa/s, no/s seu/s contexto/ de vida. A interação que se estabelece, entre o enfermeiro e o utente, torna único cada momento, inviabilizando a *prática normativa e a rotina* muitas vezes associadas à profissão.

Para que a descodificação referida se processe de modo efetivo e explícito, é necessário um conhecimento alargado, assente em saberes, previamente adquiridos, construídos. Esse conhecimento deve ser organizado e operacionalizado, para que ajude o profissional a pensar por si próprio e a enriquecer a sua prática, gerando novos conhecimentos que servirão de alicerce à sua evolução pessoal e profissional (Garrido et al., 2008).

Kolb (1984), na sua teoria da aprendizagem, refere ter a experiência um papel central no processo de formalização do conhecimento, na medida em que este resulta da combinação de compreender a experiência e transformá-la; a aprendizagem é assim um processo que desenvolve saberes, com base na modificação da experiência, pressupondo uma transformação.

Estruturalmente, o curso de licenciatura em enfermagem alterna períodos escolares teóricos com períodos de prática clínica. Mas este facto, por si só não é garantia de qualquer competência, pois na verdade, praticar não é o mesmo que aprender. É necessária a reflexão, como o instrumento que permite e facilita a aprendizagem em contexto da prática. É através da prática, e com a ajuda do tutor/supervisor/orientador, que o aprendente ultrapassa e aprofunda o conhecimento meramente teórico e descobre, pela reflexão, as respostas a dar às situações imprevisíveis com que se depara no exercício da sua atividade (Fonseca, 2006; Carvalho, 2004).

Esta abordagem reflexiva, de natureza construtivista, tem assento na imprevisibilidade dos contextos da ação profissional referida, opondo-se à formação exclusivamente objetiva e formalista. Saber agir naquelas situações, imprevisíveis, implica uma mistura integrada de ciência, técnica e arte a que Schön (1983) citado por Alarcão e Tavares (2010, p. 35) chamou de *artistry*. Esta competência assenta num conhecimento tácito, inerente e simultâneo às ações do profissional, nomeado de *conhecimento na ação* pelo próprio autor e que é evidenciado num *know-how* inteligente e socialmente aceite.

Para Schön (1992) citado por Carvalho (2004), trata-se do conhecimento não explícito quando atuamos, o qual faz com que as nossas ações sejam inteligentes, levando-nos a saber o que fazer, sem mesmo saber como o fazemos. No entanto, através da reflexão das ações, podemos descrever o conhecimento tácito implícito nelas, resultando daí uma construção do conhecimento. O que distingue a *reflexão na ação* de outros tipos de reflexão é a sua imediata relevância para a ação.

O exercício profissional de enfermagem requer, assim, um conjunto diverso de saberes de várias ordens que, no seu quotidiano, terão de ser mobilizados. Esses conhecimentos resultam da investigação e da reflexão produzidas no seio da ciência e da prática e da reflexão sobre a mesma. Esta reflexão deve ser fomentada desde o início da formação, para que se promova a capacidade de pensar sobre a formação em toda a sua complexidade, surgindo como elemento central no processo formativo (D’Espiney, 1999, citada em Carvalho, 2004)

Notamos, na enfermagem, a emergência de um paradigma que “propicia e estimula o desenvolvimento das relações pessoais e interpessoais, quer a nível da formação inicial, quer a nível da formação contínua e constitui um elemento central da formação, numa perspetiva de construção de saber, baseado no lema aprender a aprender” (Garrido, 2004).

Assim, há que estabelecer *diálogo* com as situações, observar o que nelas se passa, identificar problemas e propor soluções. É através da vivência das situações, da sua análise exaustiva e do diálogo que podemos identificar as falhas e fazer o planeamento da ou das soluções para a resolução de cada situação. Cada ser humano é único e, por isso, as soluções devem adequar-se à singularidade de cada um, para este poder percorrer o seu percurso, na busca de saber. Não há receitas. Podemos depreender que para a construção do conhecimento não basta uma participação passiva da parte do aprendente, ele tem que participar, ser auto implicado nessa construção.

Finalmente, ilustrando aprendizagem como um conceito que pode ser um denominador comum às definições definidas por vários autores, Tavares e Alarcão dizem-nos que ela é:

Uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável. Ao dizer que a aprendizagem é um processo, pretende exprimir-se que a ação de aprender não é fugaz e momentânea, mas se realiza num tempo que pode ser mais longo ou menos longo. Por construção pessoal, entende-se que nada se aprende verdadeiramente se o que pretende aprender se não passa através da experiência pessoal de quem aprende, numa procura de equilíbrio entre o adquirido e o que falta adquirir e através de mecanismos de assimilação e acomodação. Ao afirmarmos que o processo é experiencial, interior à pessoa, estamos a confirmar o carácter pessoal da aprendizagem, mas também a pôr em destaque um outro aspeto importante, o facto de a aprendizagem não se ver em si mesma, mas apenas nos seus efeitos, ou seja, nas modificações que ela opera no comportamento exterior, observável, do sujeito. É através das manifestações exteriores que se vê se o sujeito aprendeu, mas estas só se revelam se no interior do sujeito tiver havido um processo de transformação e mudança. A sua contrapartida externa traduz-se em ações que o sujeito não era capaz de realizar antes de aprender, mas que consegue fazer depois do período de aprendizagem, de uma forma tão consistente que não deixa dúvidas quanto à sua estabilidade (2005, pp. 86-87).

Qualquer que seja o valor dos conteúdos ensinados e dos processos de ensino, o percurso da aprendizagem não pode ser feito senão pelos próprios. Se a

pessoa não estiver predisposta a aprender, por mais atrativa que seja a informação disponibilizada (conhecimento público), esta nunca se transformará em conhecimento próprio. Ninguém aprende pelo outro, cada um tem que se aplicar para que, em conjunto com o supervisor, atinja um dos principais objetivos – a Autonomia (relativa), e apesar de ser da responsabilidade do supervisor encaminhar, guiar o supervisionado, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos (Simões, 2004).

Alarcão (1997), citado por Simões (2004), refere que *“cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser”*.

1.2. Ensino de cuidados de enfermagem

A questão que se coloca aos educadores é, como ensinar os cuidados a quem quer ser um profissional da prática de cuidados? Como fazer para que os estudantes aprendam a cuidar?

Para Poletti (1983) citado por Garrido et al. (2008), o ensino de cuidados de enfermagem, hoje, não pode constituir somente uma redação de objetivos em termos comportamentais, a transmissão da informação, a prescrição das leituras a fazer e o controlo dos resultados. Esse ensino deve constituir-se a partir de um perito, uma pessoa capaz de criar um clima propício à aprendizagem, de criar uma estrutura de diálogo permanente com os estudantes, permitindo-lhes desenvolver a capacidade de analisar dados e utilizar processos mentais que facilitem a prática; não apenas memorizar os conhecimentos, mas sim compreendê-los para depois os experienciar no contexto profissional e pessoal.

Os mesmos autores, continuando a citar Poletti, afirmam que o papel do professor de enfermagem é o de apoiar o estudante, apoiando o seu ideal ético, o seu investimento intelectual e afetivo e o seu desejo de diálogo acerca dos cuidados que aprende a prestar e, ainda, a sua presença para estabelecer este diálogo. E referem Sá-Chaves (2001) segundo a qual o papel daquele que ensina enfermagem, para além do que Poletti afirma, exige, também, um nível prático (Garrido et al., 2008).

Toda a ação educativa é condicionada pela personalidade e formação do educador. Contudo, a ação educativa não se esgota na relação humana. O efeito estruturante das técnicas, dos métodos e conhecimentos é outro dos polos que importa ter em conta neste processo. O aluno em ensino clínico aprende, em grande

medida, pela observação das técnicas e posterior “repetição”. Assim, as escolhas, orientações e as opções que os supervisores fazem têm implicações nas oportunidades que são proporcionadas nas suas aprendizagens e nas dos alunos.

A atuação, daquele que ensina, a um nível prático é, então, imprescindível visto que confere segurança aos enfermeiros e alunos, proporcionando oportunidades para o desenvolvimento de ambos (Simões, 2004, pp. 26-27).

O ato pedagógico deve ser uma construção constante do professor/enfermeiro/orientador, com os alunos, a partir da análise que ele faz do real e deverá suscitar nos seus alunos: capacidade de procurar, selecionar, organizar e criticar a informação proveniente de diversas fontes; atitude investigativa e crítica face ao real; atitude de flexibilidade que garanta a adaptação a situações novas; atitude de abertura e respeito face à diversidade. Quanto ao aluno, deveria ser colocado em situações de experiência direta, enfrentar problemas autênticos como estímulo para o seu pensamento; procurar descobrir, por si próprio, a solução dos problemas e esforçar-se por ordenar corretamente, em seu espírito, as conclusões a que chegasse.

Se o aluno conhecer /identificar os processos que utiliza durante a resolução de problemas, poderá controlar esses processos, aplicá-los em outras ocasiões e avaliar a sua eficácia.

E este método só atingirá o seu grande objetivo, se se fizer acompanhar de estratégias reflexivas, tais como a análise de casos, as narrativas, as perguntas pedagógicas, o trabalho de projeto.

E a importância desta capacidade de reflexão no agir profissional é também reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, que se refere às competências de um enfermeiro para o exercício de cuidados gerais como “... *um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar*” (2003, p. 53).

A especificidade e a complexidade dos contextos formativos dos enfermeiros, já o referimos, transforma os mesmos em espaços únicos e privilegiados, onde a aprendizagem se pode inscrever como muito específica não só em cada contexto mas também em cada estudante, para os quais cada vivência é irrepetível. É na complexidade destes contextos que os estudantes têm de aplicar os conhecimentos adquiridos previamente em contexto escolar, conhecimentos esses que lhes permitem compreender a globalidade dos cuidados prestados aos utentes, enquanto membros de uma família, e/ou de um grupo ou comunidade. Paralelamente têm de adquirir

também habilidades profissionais e pessoais, assim como atitudes e valores, que lhes vão facilitar a socialização profissional.

Koh (2002), citado por Abreu (2007), defende que o propósito da aprendizagem clínica é facultar aos formandos uma oportunidade para crescer e desenvolver-se como pessoa e profissional de saúde. A formação em contexto clínico faculta o desenvolvimento de competências clínicas, a integração da teoria e prática, a socialização profissional e a formação da identidade profissional, através da sucessão de experiências e identificação de modelos profissionais.

Em contexto, a par do processo de socialização, também se adquirem outras competências tais como nos referem Silva e Silva (2004), citados em Dias (2010, p. 10): *“o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidade, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão, individual ou em grupo, perante situações novas”*.

A partir da realidade que observa e pela experiência que vai adquirindo, o estudante começa a questionar-se, a refletir sobre as práticas e a compreender o porquê de determinados conhecimentos teóricos, começando a interiorizar a realidade dos cuidados. É nesta interação entre o estudante, a formação e o contexto de trabalho que os processos formativos decorrem.

Sá-Chaves, citada por Borges (2010) observa que a teoria permite concetualizar a ação antes de ser praticada, contudo, o exercício profissional não se pode restringir à mera aplicação de conhecimentos teóricos. E Borges cita ainda Benner (2001) para reiterar que há sempre elementos que a teoria não prevê e que este conhecimento das exceções, somente a experiência no terreno pode trazer.

O desafio com que nos defrontamos a nível da construção do saber em enfermagem, consiste em saber explorar a relação entre a teoria e a prática, processo complexo que trabalha a complementaridade entre as fontes do conhecimento, a relação com os supervisores e a forma de traduzir no discurso todo o processo de tomada de decisão em enfermagem (Abreu, 2007).

Assim, decidir o que o indivíduo precisa saber/conhecer e contribuir para que desenvolva capacidades que lhe permitam responder às mudanças que se operam nos diversos domínios sociais e às solicitações que se lhe colocam durante o seu percurso de vida têm constituído os maiores desafios e preocupações dos diversos atores da formação.

A grande imprevisibilidade emergente das dinâmicas que organizam as práticas sugere que a formação deva integrar as duas dimensões, pessoal e profissional, numa perspetiva de reflexividade que proporcione a emergência de profissionais críticos, comprometidos com as transformações sociais, e científica e tecnicamente competentes para assumir a complexidade do cuidar em Saúde.

A escola, enquanto instituição formativa, deve contribuir para a formação desses profissionais, cujo perfil de competências lhes permita intervir no seu contexto de trabalho de forma crítica, coletiva e integradora. Ou seja, deve contribuir para desenvolver nos futuros profissionais uma cultura de cidadania, tornando-os cada vez mais responsáveis, participativos e ativos na transformação dos contextos de trabalho e de vida. Trata-se também de estimular a capacidade de perceber, de forma integrada, os objetivos, as finalidades, as pessoas e as suas motivações, os acontecimentos e as relações que entre todos se estabelecem e também a capacidade de intervir em situações complexas e desafiantes.

Martin (1991) considera indispensável explorar situações pedagógicas, de cuidados e de trabalho, de modo a permitir ao estudante o desenvolvimento e o exercício das suas faculdades mentais, perante casos reais, levando a que passe de uma fase de apreensão concreta de uma situação para a representação abstrata e conceptual. Considera ainda que o estudante aprende pela descoberta do ambiente, explorando-o e centrando a sua atenção na experiência do contexto. Para a tomada da decisão, a aprendizagem clínica permitirá desenvolver competências em situações semelhantes e diferentes.

Hoje o ensino clínico já não é considerado um mero espaço de aplicação de conhecimentos teóricos na prática. Ele é muito mais abrangente do que isso: é um modo de aprender, a partir da sua própria experiência, desenvolvendo as suas dimensões, técnica, cognitiva e relacional; entre a aquisição de saberes teóricos e a sua transferência para o contexto real do trabalho e, conseqüentemente, a promoção de saberes práticos, a Escola e os Serviços de saúde, devem fornecer ao estudante de enfermagem e futuro enfermeiro, a aquisição do que, genericamente, se costuma denominar *saber, saber-fazer, saber-ser e saber-estar* (Garrido, et al., 2008).

Toupin (1991) citado por Arminda Costa (2008) declara que os saberes experienciais são pragmáticos e partilhados por uma comunidade de pertença, sensíveis ao contexto local e de natureza compreensiva, isto é, interpretam o sentido, em função de uma situação específica. A formação para o cuidar não deve esquecer estas premissas.

1.3 Ensino clínico de enfermagem

A formação em enfermagem só se concretiza quando, aos estudantes, são proporcionadas aprendizagens nos dois espaços formativos: a escola e as organizações de saúde (Carvalho, 2003).

A formação clínica em Enfermagem é uma componente fundamental do currículo escolar que atravessa todo o plano de estudos da formação inicial e, a este nível, os ensinamentos clínicos surgem como momentos importantes do desenvolvimento profissional e pessoal do estudante.

O ensino clínico é assumido como um espaço fundamental de aprendizagens que proporciona aos estudantes meios e situações formativas que lhes permite a apropriação de diversos saberes e competências em diversas situações clínicas, visando a consecução de aprendizagens, garantindo o suporte emocional e o desenvolvimento de competências para se tornarem enfermeiros de cuidados gerais (Mestrinho, 2012, p. 20).

É, sem dúvida, nos ensinamentos clínicos que os alunos, para além de poderem pôr em prática os conhecimentos adquiridos na escola, são confrontados com múltiplas e diferenciadas problemáticas de saúde/doença, as situações reais do trabalho de enfermagem; constituem, por isso, etapas estruturantes de aprendizagem e de desenvolvimento individual e profissional.

Enquanto processo de transição dos estudantes para o papel de prestador de cuidados, com o ensino clínico “*pretende-se que os alunos adquiram um conjunto de competências, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, que os leve a ser capazes de planejar, concretizar, gerir e avaliar atividades de enfermagem*” (Carvalho, 2004, p. 21), pretendendo-se também uma progressiva exigência de autonomia no exercício do que é necessário para ser bom profissional (Calado, 2012).

O formando, tendo previamente desenvolvido as técnicas em sala de aula, com modelos e situações fictícias, em ensino clínico, confronta-se com situações novas relacionadas com o tipo de trabalho, passando a cuidar de pessoas em situação real. O desenvolvimento desta prática em situação real deve ser objeto de reflexão e

debate entre o orientador e o estudante de modo a potenciar o desenvolvimento das capacidades de análise e de reflexão.

Para Abreu (2003), citado por Fonseca (2006), os ensinamentos clínicos constituem-se como percursos formativos insubstituíveis, quer na mobilização e integração de conhecimentos, através da reflexão para, na e sobre a prática, quer na aquisição de saberes práticos e processuais, para a adesão ao mundo do trabalho e, ainda, para uma definição e construção de uma consciência e identidade dos formandos como futuros profissionais.

Abreu (2007, p.17) considera *“que a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico, sendo este um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais”*.

Nos diferentes contextos de trabalho de enfermagem, integrados nas equipas, os estudantes têm a oportunidade de colocar em prática os conhecimentos teóricos e, também, pelas experiências vivenciadas, desenvolver outras áreas do saber e criar a autoconfiança necessária à prestação de cuidados.

Saberes que Fonseca (2006) refere como *“saberes morais, sociais, relacionais, de saber estar e saber ser”*. É no ensino clínico que o estudante começa a compreender o *porquê* de determinados conhecimentos teóricos, pela experiência que vai adquirindo. A realidade dos cuidados de enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada, a partir da realidade que ele observa nos serviços. *“O confronto face a face com cada indivíduo, com as situações de saúde, doença ou morte, mais ou menos imprevisíveis, com as instituições e os seus sistemas organizacionais e de gestão, promove a construção e a desconstrução do saber”* (p. 49)

Partilhamos da visão de Vidinha (2004), citado por Borges (2010, p. 32), ao encarar o *“ensino clínico como um espaço e um tempo privilegiado de formação profissional onde os diversos atores agem e são agidos e os seus diferentes saberes intercorrem numa relação dialética no cenário formativo e socializador do contexto de trabalho”*.

O ensino clínico, em oposição ao trabalho desenvolvido em sala de aula, para Abreu (2007), reveste-se de imensa imprevisibilidade uma vez que tem lugar num contexto sociocultural complexo onde se cruzam as lógicas dos profissionais, dos estudantes e dos utentes. É no confronto com a realidade prática que o estudante assimila e transforma os conhecimentos adquiridos convertendo-os em saberes

funcionais e processuais. Através da interação que estabelece com os pares e com os demais profissionais de saúde ele vai desenvolvendo o seu próprio modelo de identidade profissional. Paralelamente, interagindo com os utentes, o estudante envolve-se emocionalmente gerando desta forma aprendizagens significativas.

Carvalho (2003) considera o ensino clínico um espaço importante de apropriação de saberes e de desenvolvimento de competências, que proporciona contactos com a realidade e estimula a reflexão e o desenvolvimento de competências fundamentais para o desempenho da profissão. Refere ainda que *“os conhecimentos adquiridos na escola não são suficientes no sentido de desenvolver competências e criar autoconfiança necessária à prestação de cuidados”* (p.25).

Vemos ensino clínico como todo o ensino que é realizado numa instituição de saúde quer seja junto do utente, de um grupo de utentes ou simplesmente de contacto com a organização institucional e que é essencial para a formação do estudante de enfermagem, ensino esse que Carvalho refere ser uma mistura de arte e ciência: arte, no sentido de se tratar de uma atividade que se exerce com criatividade/interpretação prévias; e ciência, por se fundamentar num corpo de conhecimentos sistematicamente derivados e convertidos em princípios que o guiam (Carvalho, 2003).

Os objetivos a alcançar num ensino clínico são muito próprios e são definidos na Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, no seu Artigo 5.º. Assim, pretende-se assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias as intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem bem como aprender a assumir as responsabilidades que os cuidados de enfermagem envolvem.

A diretiva 453/CEE, transportada para o direito interno pelo DL n.º320/87 de 27 de Agosto e que serviu de base à Portaria citada, refere no ponto 3 do artigo 3º (estrutura curricular) que *“a duração do ensino clínico de enfermagem deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso”*, pelo que o ensino clínico foi, e é, a componente com maior carga horária do ensino de enfermagem.

A designação de *ensino clínico* substituiu o termo *estágio* (Diretiva Comunitária 77/453/CEE), sendo então definido como, *“a parte da formação pela qual o estudante de enfermagem aprende, integrado numa equipa, em contacto com o indivíduo são ou doente e/ou com a coletividade, a planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem, assegurando a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes*

necessárias às intervenções autônomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”.

A propósito do estágio, Dubar (1997), citado por Simões (2004), diz-nos que “*a única formação que lhes (aos profissionais) interessa é a formação prática, diretamente ligada ao trabalho, que parte dos problemas concretos e permite resolvê-los propiciando-lhes um benefício tangível. A formação válida é aquela que desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos diretamente pelo seu exercício*” (Simões, p. 32).

Considerando que parte dos saberes em enfermagem se constituem para a ação, o ensino clínico ocupa parte central da sua elaboração. Mais do que aprendizagem, implica necessariamente um trabalho de concetualização da prática.

Os cuidados de Enfermagem técnicos e relacionais são ensinados na escola, mas são realmente interiorizados a partir da realidade que constitui a aprendizagem clínica.

Com o ensino clínico pretende-se que os estudantes desenvolvam conhecimentos e capacidades nas intervenções de enfermagem nos domínios técnico, científico, comunicacional e relacional, bem como desenvolvam competências a nível cognitivo, motor, pessoal, social e vocacional, no sentido de “bem-fazer” enfermagem, no sentido de prestar cuidados de enfermagem promotores de ganhos em saúde nas pessoas, famílias e comunidade. Procura-se que sejam capazes de desenvolver o seu pensamento reflexivo e desenvolver um trabalho sistemático de pesquisa visando o seu desenvolvimento como futuro enfermeiro.

Preconiza-se favorecer o desenvolvimento integral da personalidade dos educandos, considerando o estudante como um ser único que é, portador de uma cultura particular e com uma diversidade de experiências que lhe permite ter uma intervenção ativa a vários níveis, facilitando o desenvolvimento de projetos pessoais e sociais de âmbito não estritamente profissional (Paiva, 2008).

Franco (2000) refere que o processo de colaboração entre as Instituições de Saúde e as Escolas se reveste de particular interesse no ensino clínico de enfermagem para a consolidação dos conhecimentos teóricos, uma vez que a análise das situações reais permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho. Mas é também na prática clínica, através das inter-relações com os

profissionais de enfermagem e outros que, para além de uma aprendizagem real e efetiva, se constrói a identidade profissional.

Podemos assim concluir que o ensino clínico contribui para a socialização do estudante de Enfermagem, processo complexo que lhe permite adquirir conhecimentos, hábitos e identidade profissional (ele aprende a pensar e a ver-se como um enfermeiro) e é, também, uma via transmissora de valores. Apoia-se em hábitos de vida e crenças que interagem nos cuidados de Enfermagem, onde a influência é recíproca. Estes valores fundamentais são, para Collière (1989), os que permitem conservar qualquer prática.

Deve-se, por isso, permitir ao estudante, em ensino clínico, imitar, rejeitar e experimentar por ele próprio, as práticas, os comportamentos profissionais e os conhecimentos adquiridos porque é em ensino clínico que o estudante forma, de modo particular e progressivo, o seu sistema de valores, as suas normas de comportamento profissional, o seu sentido ético, em função das suas próprias características, das dos utentes, da estrutura e das conceções de cuidados de Enfermagem em vigor (Martin, 1991).

Torna-se evidente que as aprendizagens em ensino clínico assumem um papel único, são frequentemente recordadas e muitas delas tornam-se elementos chave na formação profissional. É fundamental que nestes momentos únicos de maturação psicológica o estudante aprenda a lidar com os seus próprios sentimentos e os daqueles com quem interage, que interiorize e assimile o saber (conhecimento), o saber fazer e o saber ser e estar, de forma que, partindo da transferência dos seus conhecimentos teóricos que até então constituem o seu quadro de referência, consiga não só atribuir-lhes sentido como ampliá-los (Carvalho, 2003).

Podemos afirmar, então, que o ensino clínico se constitui como um processo formativo complexo, em que são exigidas, aos supervisores, competências não só de enfermagem, propriamente dita, mas também competências pedagógicas e competências pessoais, fundamentais no estabelecimento de uma relação de ajuda entre supervisor e estudante, que este necessita para a sua progressão na aprendizagem.

O percurso de aprendizagem só será possível, e o seu êxito alcançável, com a colaboração dos diferentes atores envolvidos, alicerçada em parcerias intra e interinstitucionais. (Carvalho, 2003); (Fonseca, 2006).

1.4. Relação teoria – prática

Foi a partir das práticas que nasceram todos os saberes

(Collière, 2003)

A formação teórica, como base do conhecimento profissional, e a prática dos princípios gerais da teoria, apresentada como a aplicação desse conhecimento à resolução de problemas, têm dominado a educação.

A reflexão, mais concretamente a prática reflexiva, é uma daquelas concepções aceites por todos e que, no dizer de Zeichner (1993, p. 20) é um processo prévio e posterior à ação e de certa maneira transversal à ação, uma vez que “*os práticos têm conversas reflexivas com as situações que estão a praticar, enquadrando e resolvendo problemas in loco*”

Reflexão na ação, de acordo com Schön (1992), citado por Carvalho (2004), implicando novas relações e conceptualizações entre teoria, prática e saber, constituindo a aplicação da teoria, a única certeza de “rigor” para a prática. Schön desenvolveu vários estudos sobre a formação prática de profissionais reflexivos, baseando-se na compreensão da relação entre a teoria e a prática. Analisa criticamente a racionalidade técnica, referindo a sua incapacidade de explicar a tomada de decisões práticas que se caracterizam pela incerteza, pela simplicidade e pelo conflito. Na verdade, as situações complexas exigem algo mais que do que a aplicação mecânica da teoria, sendo necessário reconhecer e avaliar a situação e, pelo conhecimento profissional, elaborar novas respostas para cada situação particular (p. 83).

Costa (1998), citado em Simões (2004) afirma que, em sentido real, a prática aprende-se na prática, localizando-se no conhecimento prático, que é situacional e orientado para a ação, exigindo um processo de deliberação e de interpretação, essenciais do juízo e da ação, em situações práticas, a partir das quais devem ser construídas as teorias, pela observação de comportamentos. A prática, enquanto tal, transmite a teoria que fundamenta os pressupostos da ação. Problematizar a prática significa, em certa medida, subverter o dualismo teoria/prática. A prática interessa-se pela ação e a intencionalidade constitui o seu traço fundamental.

Todas as ações, visto que pressupõem intenções, estão relacionadas com marcos ou paradigmas conceptuais que dependem da vida social; a prática deve supor uma *teoria* implícita ou não formal (Pacheco, 2007).

Simões (2004) refere o estabelecimento de uma relação interativa: a teoria (localizada no mundo da experiência), ao mesmo tempo que gera a prática, é gerada por ela – o que lhe confere um carácter regulador, além de habilitador. Cita Usher e Bryan, (1992) para afirmar que esta noção traz nova luz ao dualismo teoria/prática e possibilita a recusa do vazio entre ambas, pois “*a teoria não se projeta como um conhecimento generalizado e abstrato aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática*”, e cita Cruz (1994) para afirmar que a teoria não deve estar desligada da realidade, correndo o risco de se tornar “*uma teoria no vazio*” ou “*um empirismo desconexo*” (p.36).

1.4.1 Dicotomia teoria/prática no ensino de enfermagem

*O fator isolado que mais influencia a aprendizagem
é aquilo que o aluno já sabe
(Ausubel)*

Para D’Espiney (1996), citada por Soares (2004), o desenvolvimento do ensino da enfermagem ocorria com uma divisão básica entre teoria e prática. A teoria aprendia-se na escola e a prática nos hospitais. O ensino da enfermagem radicava assim em duas vias dicotómicas, paralelas e sem se cruzarem, de aquisição de conhecimentos: uma via simbólica atribuída aos saberes teóricos e, uma via material remetendo o aluno para um saber prático dado pela repetição das experiências clínicas.

Durante alguns anos foi evidente a desvalorização concedida aos saberes provenientes da prática, sendo apontada por muitos como uma das causas responsáveis pela dicotomia teoria/prática na formação dos enfermeiros, e pelo *choque da realidade*, verificada nos recém-formados. Esta noção de dicotomia leva a que Alarcão (2001), citada por Costa (2011, p. 100), considere “*a teoria e prática como um conjunto, dinâmico e mutável, feito de valores e conhecimentos (substantivos, processuais e estratégicos), tendo como base de sustentação a prática e aquilo normalmente designado por teoria, mas integrados por valores que as perspetivam*”

Na enfermagem e em teoria, cada doente é um indivíduo com necessidades físicas, emocionais e sociais. A pessoa é o foco da enfermagem, sendo que os cuidados de enfermagem consistem em ajudá-la a manter e a atingir o nível ótimo de bem-estar. Na prática diária, contudo, muitas vezes o foco da enfermagem é o mal-estar e a doença física; os cuidados desenvolvem-se nas enfermarias, de acordo com rotinas mais ou menos estabelecidas. A Enfermagem “real” é a resolução técnica da doença (Simões, 2004).

Nesta altura não temos dúvidas de que melhorar e promover a prática passa pela promoção da reflexão crítica, o que relança o debate sobre a “teoria” e o lugar da investigação na prática.

Como promover a integração teórico-prática? Como promover o encontro entre “pensar” e “fazer” enfermagem? Sobre o mesmo fenómeno (situação de cuidados) podem ocorrer interpretações diferentes, conforme o ponto de vista adotado. É pela história cognitiva, afetiva e social que cada um dá sentido à realidade dos cuidados; mas para a compreender é preciso observá-la e interpretá-la (Simões, 2004).

No estudo desenvolvido por Bento (1997), citado por Soares (2004) afirma-se a importância de, no processo de formação, haver espaço não só para observar, como para discutir, questionar, refletir sobre as práticas, a própria e a dos outros.

Franco (2000) refere que, teremos de continuar a lutar para que sejam encontrados caminhos que levem a prática de ensino/estágio a superar formas alienadas de desenvolvimento. O autor afirma que a dicotomia serviços/escola é referida pelos enfermeiros como um problema que resulta de uma “*desarticulação*” real entre a teoria e a prática. Os docentes estão afastados da prática clínica e, por isso, o seu ensino é demasiado teórico ou desinserido da realidade. Torna-se urgente aproximar o ensino teórico do ensino clínico, sendo o ensino clínico de enfermagem, por excelência, a melhor forma de o fazer, pois é aqui que estas duas componentes se encontram.

Não querendo diminuir a importância primordial do papel desenvolvido pelos professores de Enfermagem, quer nas escolas superiores de Enfermagem quer nos locais da prática, é nossa convicção que a presença e o envolvimento dos pares, entendendo-se pares como os enfermeiros dos serviços em que os ensinamentos clínicos ocorrem, e a articulação permanente entre a escola e esses serviços, muito contribuirão para o desenvolvimento da formação, sendo que parece existir, ainda, um longo percurso a construir.

1.4.2 Articulação entre teoria e prática

A prática contém elementos formativos de grande riqueza, podendo constituir-se em teoria (Malglaive, 1995).

A formação em Enfermagem só se concretiza quando, aos estudantes, são proporcionadas aprendizagens nos dois espaços formativos: a escola e as organizações de saúde.

Os espaços de formação deverão organizar-se por forma a aproveitar os conhecimentos adquiridos pelos estudantes para desenvolver os diferentes saberes, proporcionando uma construção reflexiva de um projeto profissional.

A formação em Enfermagem será, assim, uma formação integradora que tem como finalidade permitir a transferência, para o contexto real do trabalho, das aprendizagens efetuadas em contexto escolar, no sentido de minimizar as dificuldades de aproximação da escola ao real e, concomitantemente, tornar pedagógicas as aprendizagens e vivências nos locais de trabalho (Carvalho, 2003). Envolvendo uma complexidade de atitudes e comportamentos só possíveis de aprender e interiorizar em situações reais, a prática é fundamental para uma aprendizagem profissionalizante, onde componentes cognitivas, organizacionais, atitudinais e comunicacionais têm grande peso.

A relação teoria / prática não deve ser vista num único sentido, mas sim numa relação dialógica em que teoria e prática se informam uma à outra (Zeichner, 1993).

Incentivar a aquisição de uma consciência progressiva sobre a prática é fundamental, sem desvalorizar, contudo, a importância dos contributos teóricos. Estes conferem ao estudante uma aprendizagem abstrata que só poderá ser posta em prática através de um processo de decisão.

Costa (2011) reconhece que, atualmente, as inovações não estão nas escolas, mas na prática, que se tornou produtora de múltiplos saberes e afirma que sabendo que tem havido uma incorporação, embora de certa forma progressiva, da ciência no processo de trabalho dos enfermeiros, das novas tecnologias de informação e das novas formas de organização de trabalho, que recentemente surgiram, continua a fazer sentido a discrepância teoria/prática.

A articulação teoria/prática constitui uma das grandes preocupações atuais na formação em enfermagem surgindo em numerosos artigos, sendo justificada de diferentes formas, por diferentes autores e sugerindo possíveis origens e soluções.

Perspetivando a articulação ensino-exercício, Gonçalves *et al.* (1995) referidos por Simões (2004), analisam o *ensino-exercício* e propõem que o planeamento das práticas envolva professores, alunos e profissionais dos serviços, relevando a importância do professor conhecer a *realidade*. Os autores sugerem que a escola se responsabilize pela formação dos intervenientes na formação, de modo a uniformizar critérios de orientação e de avaliação, incentivando um maior envolvimento no processo de ensino/aprendizagem dos alunos. Nas conclusões, consideram os estágios determinantes na formação do aluno. Além disso, evidenciam a importância de melhorar a comunicação entre as escolas e os serviços, preconizando uma melhor articulação (escola/serviços).

Ribeiro (1995), citado em Simões (*Ibidem*), refere as implicações do ensino para a prática e considera que os professores e os teóricos falam do que "*a enfermagem devia ser*", enquanto os enfermeiros dos serviços falam da "*enfermagem como ela é*". Defende que escola e campos da prática partilham responsabilidades na formação dos futuros profissionais e evidencia a necessidade de uma análise conjunta de problemas, a discussão conjunta de formas de cooperação e a análise e discussão sobre os valores subjacentes na formação e na prática de cuidados. Sugere entre outras: a elaboração de protocolos, que envolvam os diferentes atores e planeamento conjunto, com definição clara de responsabilidades.

E ainda Figueiredo (1995), referido pelo mesmo autor, Simões (2004), estudou o ensino de enfermagem e o fosso existente entre a teoria e a prática, apresentando a dicotomia entre o que se transmite pelos livros na escola e a realidade dos serviços, o afastamento dos enfermeiros docentes da prática e a falta de comunicação efetiva entre os enfermeiros docentes e os enfermeiros dos serviços como algumas das razões para este fosso. Sugere como caminhos a percorrer, como por exemplo: a construção de teorias a partir da prática, referindo que os cuidados de enfermagem são construídos em situações para as quais não há respostas certas nem procedimentos padrão, sendo fundamental incentivar os alunos à reflexão sobre situações reais por eles vivenciadas e o desenvolvimento de projetos conjuntos entre enfermeiros docentes e enfermeiros dos serviços, de forma a introduzir mudanças quer a nível da formação, quer ao nível da prestação de cuidados.

2. SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

2.1 Conceitos e processos

A supervisão clínica em enfermagem é atualmente uma das dimensões relevantes dos processos de promoção da qualidade e da acreditação, dados os ganhos que proporciona a nível da assistência. Para muitas organizações, a supervisão clínica é uma estratégia de acompanhamento e de desenvolvimento profissional não contornável. Para outras, *“é mesmo a única forma de garantir que os profissionais recém-chegados se integram rapidamente e cumprem os requisitos considerados fundamentais pelos serviços nacionais de saúde”* (Abreu, 2007, p.177).

São vários os autores que, ao longo da história da enfermagem, se têm referido de uma forma mais ou menos direta à supervisão. Abreu refere alguns exemplos entre os quais, Betty Neuman, que considerou a *“supervisão das práticas como um processo que permite avaliar a consecução dos objetivos e uma eventual necessidade da sua reformulação, tendo em vista os diagnósticos de enfermagem, os resultados pretendidos e mesmo a validação do próprio processo de enfermagem”*; Imogene King, que atribuiu ao acompanhamento das práticas *“uma dinâmica de supervisão, a qual permite uma avaliação sobre o tipo de informação considerada para a tomada de decisão, sobre as alternativas colocadas, e sobre os conhecimentos que os enfermeiros possuem para considerar e avaliar estas alternativas”*; Jean Watson, para quem a supervisão clínica *“permite o crescimento e a maturação pessoal e espiritual dos enfermeiros”* e Hildegard Peplau que, nas teorias que formulou, identificou o processo como o *“desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais em paralelo com a inteligência emocional, as preocupações éticas o pensamento relacional”* e tendo mesmo sistematizado um conjunto de preocupações que viriam a constituir o corpo da hoje designada *supervisão clínica em enfermagem* (Abreu, 2007, p.178).

Abreu (2007) refere ainda que, embora os princípios da supervisão clínica não possam ser atribuíveis aos trabalhos de Florence Nightingale, foi com esta que aqueles começaram a ser sistematizados e enquadrados nas áreas de formação e de administração, no ocidente.

Swain (1995), citado por Garrido et al. (2008) confirma que as organizações mudam continuamente exigindo, cada vez mais, flexibilidade aos profissionais. Por outro lado, o desempenho profissional de qualidade, ao mesmo tempo que exige criatividade dos profissionais requer imaginação, requerendo ao mesmo tempo estabilidade profissional, apoio e orientação.

Há um reconhecimento crescente de que a supervisão clínica em enfermagem poderá assumir-se como o sistema que proporciona esse suporte, permitindo aos profissionais encararem positivamente o futuro e ajustarem-se às mudanças organizacionais.

Face ao atual panorama, em que o desenvolvimento da disciplina de enfermagem se tem revestido de profundas mudanças no sentido da sua afirmação e construção do seu próprio corpo de conhecimentos, será importante sublinhar que, tanto em contexto escolar como em contexto da prática, a formação de estudantes e de profissionais reflexivos requer uma supervisão sistemática e sistematizada. Entendendo-se esta supervisão como um processo em que um docente, ou um profissional experiente, fornece apoio e orientação, suscita a reflexão e aconselha um estudante ou um profissional, na construção do seu conhecimento, tendo, sempre, em consideração a ecologia das situações.

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.

Encontrar um conceito satisfatório de supervisão não é tarefa fácil. Trata-se de um processo cujos objetivos fundamentais são a supervisão, formação e orientação do indivíduo, atendendo às suas necessidades e visando a utilização plena das suas capacidades, tendo em vista o desenvolvimento de novas aptidões. O supervisor deve conhecer e dar atenção a todos os indivíduos, estimulando-os individualmente e motivando-os, de modo a superarem as suas expectativas pessoais. De igual forma, deve proporcionar-lhes a ajuda e orientação necessárias, ao mesmo tempo que lhes incute atitudes adequadas, interesse e bons hábitos de trabalho (Garrido et al., 2008).

Alarcão e Tavares (2010) definiram supervisão como processo em que um (profissional), em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro (profissional) ou candidato a (profissional) no seu desenvolvimento humano e profissional. Esta conceção de supervisão ocorre num tempo continuado, ao nível do

processo ensino-aprendizagem que deverá facilitar e tem um objetivo: o desenvolvimento profissional do aprendente, e, em perspectivas mais recentes, do próprio supervisor.

Este processo expressa a supervisão com um cariz dinâmico, que pressupõe interação entre pessoas e requer um ambiente favorável. Nas palavras dos autores,

Processo de resolução de problemas que passa pelo envolvimento dos sujeitos, que têm que 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 afetivo relacional, propicio a 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, 2010, p.47).

O objetivo fundamental da supervisão que é aqui retratado, relaciona-se com o desenvolvimento humano e profissional, num contexto de formação de adultos, através de um processo de informação – reflexão – ação – reflexão (Fonseca, 2006).

O supervisor deverá ter como objetivo fundamental da sua ação formativa a maximização das capacidades do futuro profissional como pessoa e como profissional, aprendendo a tomar as decisões por si e a responsabilizar-se por elas. Por isso, a relação supervisiva constitui, por excelência, um processo de intervenção interpessoal na qual as pessoas aprendem refletindo sobre os seus atos, mas também com as experiências de outras pessoas que, à partida, se supõe deterem outro conhecimento e experiência.

De acordo com Alarcão e Tavares (2010) “são os *skills* interpessoais que emergem como fundamentais” na relação supervisiva, devendo o supervisor: “prestar atenção”; “clarificar”; “encorajar”; “servir de espelho”; “dar opinião”; “ajudar a encontrar soluções para os problemas”; “negociar”; “orientar”; “estabelecer critérios”; “condicionar”. (pp.74-75).

2.2. Modelos e estratégias

Sendo a supervisão clínica em enfermagem um processo relacionado com o exercício das práticas, que têm nos contextos as suas diferenciações, será importante

referenciar os modelos que poderão ser as linhas orientadoras para a execução desse mesmo processo.

Modelo é o modo sistemático como a supervisão é aplicada, tem forma e conteúdo, e constitui o quadro conceptual que informa o processo de supervisão.

Cotrell e Smith, (2002) referidos em Garrido et al. (2008), afirmam que os modelos permitem-nos estruturar e descrever para onde vamos, como vamos e o que podemos utilizar no decurso da ação; dirigem-se às finalidades e aos alvos da supervisão, o tipo de aproximação a ser adotada na relação interpessoal, no *feedback* e na continuação da sustentação.

Em Araújo et al. (2012) afirma-se que é com base “*em modelos de práticas de supervisão regulados, que os estudantes de enfermagem determinam a sua aprendizagem*”. Os mesmos autores citam Harris (2002) que confirma que “*um modelo deverá possuir um conjunto de práticas claramente definido, de acordo com um plano previamente traçado, e com objetivos que sejam por natureza de supervisão*”.

Relacionando com a supervisão clínica em enfermagem, o modelo tem de atingir e fazer atingir os objetivos a que se propõe: satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal, promover *feedback* e suporte contínuo e ainda ser passível de desenvolver técnicas avaliativas desse mesmo processo (Bond e Holland, 1998, em Soares, 2004).

Para Abreu (2007) “*um modelo pode ser entendido como uma matriz explicativa, detentora de um corpo organizado e articulado de conceitos e ideias, com o intuito de orientar o pensamento, proporcionar leituras de fenómenos e constituir uma referência para a ação*”.

Abreu (Ibidem, p. 190) efetuou uma pesquisa sobre os modelos de supervisão das práticas de enfermagem e, tendo como fontes diversos autores, afirma que de uma forma meramente académica, os modelos poderiam agrupar-se em quatro grupos fundamentais:

- modelos de função: descrevem a organização das funções da supervisão clínica, orientando o foco e o conteúdo das sessões (Proctor, Page e Woskett);
- modelos de processo: exploram as necessidades das relações profissionais e das sessões supervisivas ajudando a explicar as tarefas

e as funções da supervisão, (Hawkins e Shohet, Holloway, Inskipp e Proctor);

- modelos de relação supervisiva: centram-se nas natureza da relação supervisiva (Stoltenberg e Delworth, Faugier e Frankham);
- modelos psicoterapêuticos: enfatizam o modelo clínico da terapia utilizada pelo supervisor (Freud e Rogers).

Bond e Holland destacam as origens terapêuticas da supervisão clínica em enfermagem e os resultados implícitos, sendo o seu verdadeiro propósito a promoção da aprendizagem sobre enfermagem e o crescimento e desenvolvimento pessoal/profissional, independentemente da ênfase colocada no modelo. Aqueles autores afirmam ainda que a supervisão clínica, ao ser desenvolvida no contexto das práticas, tem um conjunto variado de dimensões onde também têm cabimento os mecanismos de suporte emocional aos prestadores de cuidados (Abreu, 2007); (Garrido et al., 2008); (Soares, 2004).

Para Proctor (1991) citado por Abreu (2007), a supervisão clínica compreende três funções estruturantes: normativa, formativa e restaurativa. A função normativa refere-se ao conjunto de iniciativas destinadas a promover a qualidade dos cuidados e a redução de riscos; a função formativa, com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais e a função restaurativa compreende o suporte necessário para que o supervisionado se adapte ao conjunto de pressões oriundas dos múltiplos contextos.

Nicklin (1997), referenciado em Abreu (2007) e Garrido et al. (2008), no modelo que propõe, transfere para o ciclo de supervisão as fases do processo de enfermagem, que consistem na análise da prática, identificação do problema, objetivos a atingir, planeamento, implementação/ação e avaliação. Abreu ao referir-se ao modelo de Nicklin, considera-o, para além da forma e simplicidade como está estruturado, um modelo que possui *“um enquadramento conceptual consistente, está profundamente direcionado para a prática clínica na sua globalidade e não apenas para as dimensões emocionais”*.

Bond e Holland, (1998), citados por Soares (2004), afirmam que as intervenções da supervisão clínica em enfermagem podem ser vistas como aconselhamento ou de consulta, sempre monitorizando os cuidados ao doente e tendo em consideração os papéis profissionais definidos previamente. E para Holloway, (1995), o objeto da supervisão clínica está centrado nas práticas e em tudo o que possa contribuir para o seu desenvolvimento. Monitorizando as atividades

profissionais, recolhe-se informação sobre as necessidades de formação ou, havendo conhecimento de base, apoio para o desenvolvimento profissional, levando às mudanças que se acharem necessárias para as organizações (Soares, 2004).

Tendo em atenção a perspetiva de um modelo, independentemente da matriz adotada, existe um alcance da supervisão clínica em enfermagem que qualquer abordagem terá de ter por base:

- Ênfase na relação supervisiva: o êxito do processo de supervisão clínica está dependente da qualidade da relação entre o supervisor e supervisionado;
- O processo está direcionado às práticas dos atores enfermeiros nas áreas da formação, no desenvolvimento das competências e maturidade pessoal e profissional;
- Para ser desenvolvido, o processo de supervisão clínica requer um conjunto de argumentos explicitados e uma estrutura adequada ao contexto, sendo esta a referência de base: segurança das práticas, desenvolvimento de competências, suporte e encorajamento dos desenvolvimentos pessoal e profissional (Cotrell, 2000, citado em Soares, 2004), (Brocklehurst, 1994, citado em Abreu, 2002)

Alarcão e Tavares (2010) dizem-nos que os modelos têm uma existência mais real na cabeça dos teorizadores ou investigadores do que na realidade propriamente dita. Lançam olhares diferentes, histórica e culturalmente contextualizados, sobre a supervisão, enquanto processo intra e interpessoal, que visa a melhoria da formação. E continuam afirmando que não desligam aprendizagem de desenvolvimento, uma vez que consideram que um influencia o outro. O supervisor é responsável por este processo; ele deve propor ao supervisionado tarefas de aprendizagem que estejam adequadas ao seu estágio de desenvolvimento e que ajudem esse mesmo desenvolvimento, o qual, por sua vez, possibilitará a aprendizagem de tarefas cada vez mais abstratas e complexas.

Aceitamos a ideia de que nenhum modelo é melhor do que outro e que os contextos organizacionais, de formação e profissionais, uma vez que o propósito dos modelos é fornecer referências objetivas para a tomada de decisão, é que irão determinar a sua escolha.

A construção da identidade profissional, que tem início na formação, é construída por fases através da introjeção dos modelos de referência.

A relação que os formandos, durante o seu processo de formação, mantêm com os diferentes grupos, com os quais têm que interagir e a forma como é vivido esse processo, é fundamental para a apropriação do real que é a enfermagem.

O processo de orientar os estudantes, esclarecendo-os e encaminhando-os na apropriação de saberes teórico/práticos, constitui-se como um forte contributo para que aqueles adquiram comportamentos que os vão preparar para no futuro serem profissionais competentes (Rouen, 1974, citado em Carvalhal, 2003). Torna-se imprescindível que os supervisores em ensino clínico de enfermagem desenvolvam as capacidades necessárias para colocar em prática as necessárias estratégias de supervisão identificadas como enformadoras de profissionais reflexivos e competentes.

Tal como a propósito dos modelos de supervisão, não há uma estratégia única e válida para todos os casos. Podemos sim falar de diferentes estratégias para utilizar em diferentes combinações, tomando em conta os intervenientes, os objetivos que se pretendem alcançar e os condicionalismos e recursos disponíveis, inerentes à situação.

Carvalhal (2003), referindo diversos autores, identificou no seu estudo as seguintes estratégias para o desenvolvimento da prática e dos saberes na ação:

- demonstrações;
- simulações de situações reais na sala de aula;
- estudos de caso;
- reuniões de estágio;
- formulação de questões reflexivas;
- debates e discussões.

Fonseca (2006) refere a *observação* como estratégia integrante do processo de formação e de supervisão, identificando-a como uma das fases do ciclo de supervisão.

Para a enfermagem a observação é muito importante, entendida como um conjunto de atividades destinadas a obter dados e informações sobre determinado fenómeno, aspeto, problema ou situação, com objetivos definidos e com a finalidade de perceber, analisar, refletir.

A autora identifica ainda, entre outras estratégias:

- narrativas – como uma forma de reviver vivências, em que para além da descrição dos fatos se preconiza uma reflexão sobre os mesmos, tendo em

conta os contextos, sentimentos e emoções; o papel do supervisor além de ajudar e sugerir a estruturação das mesmas narrativas facilita o estabelecimento de um clima relacional e afetivo propício à análise crítica das mesmas narrativas, partilhando angústias, dificuldades e sucessos;

- perguntas pedagógicas – como uma forma de colocar supervisor e formando a questionar e questionar-se sobre tudo o que for suscetível de ser melhor compreendido, com o objetivo de formar e ser formado; cita alguns autores para referir que existem quatro tipos de perguntas: de descrição, interpretação, confrontação e reconstrução, cujo objetivo é refletir e construir conhecimento, seja ele teórico ou prático;
- avaliação – a avaliação implica que se defina um conjunto de atividades e ações como fim de atribuir um juízo de valor ou determinar o nível atingido na consecução de um objetivo, sendo por isso aqui identificada como estratégia (Fonseca, 2006, pp. 29-30).

Simões (2004), em estudo realizado, tendo por base as narrações dos enfermeiros supervisores de ensinos clínicos; identificou as estratégias cujo plano de ação era escolher, organizar e gerir atividades com vista a atingir um objetivo:

- formulação de questões reflexivas - como plano de ação para validar as teorias e as práticas;
- análise de casos - seleção de casos reais e problemáticos ocorridos em determinado contexto da prática, relativamente aos quais se desenvolve conhecimento teórico, pela análise profunda e partilha e discussão dos mesmos. Constitui uma prática que permite a reflexão, tornando as aprendizagens mais eficazes;
- demonstração – explicar ou ensinar como se faz ou como se usa, podendo envolver o estudante na ação. Ao ocorrer *in loco*, esta estratégia torna-se muito eficaz, na medida em que os estudantes aprendem colaborando ou observando a exemplificação do supervisor. Pode servir também para demonstração de diferentes formas de atingir o mesmo objetivo.
- auto supervisão – estratégia através da qual, pela introspeção, auto análise e auto reflexão, o individuo aprende a conhecer-se e a conhecer a sua atuação. Permite desenvolver a auto consciencialização da sua

prática, por forma a não cometer erros e sentir-se seguro e saber agir em situações futuras.

Todas as estratégias têm apenas uma finalidade a de que os alunos adquiram e desenvolvam as competências necessárias ao seu exercício profissional, numa perspetiva multidimensional. Incluem conhecimentos cognitivos e técnicos indispensáveis à execução de atividades, mas também requisitos organizacionais, relacionais, morais, éticos, altitudinais, comunicacionais e a integração de conhecimentos previamente adquiridos em outros contextos e situações.

2.3 Supervisão de ensino clínico de enfermagem

O ensino clínico é uma experiência de formação estruturada e um marco fundamental na formação e preparação dos estudantes para a entrada na atividade profissional, pois encerra o contexto no qual a identidade profissional do estudante é gerada, construída e referida. A aprendizagem centra-se no desenvolvimento da ação vivenciada e refletida e, por isso, deve ser planeada de modo gradativo e sistemático, apoiada pela supervisão, enquanto processo dinâmico e criativo.

Entendemos a supervisão clínica em enfermagem como um processo relacionado com o exercício das práticas, que têm nos contextos as suas diferenciações, e que não pode ser desligado, de modo algum, do desenvolvimento e da aprendizagem do supervisor, do formando e dos cuidados.

Os objetos de atenção da supervisão em contexto clínico são: os atores implicados, todos os enfermeiros; a natureza da clínica e das práticas nos diferentes serviços e unidades hospitalares; os processos de formação, quer sejam formais ou informais e o processo de implicação pessoal e suas interações (Soares, 2004).

Com início em finais dos anos 50 em Harvard, a supervisão clínica constitui uma resposta ao modelo tradicional e industrial da supervisão, baseado na inspeção e controlo. O termo espelha a influência do modelo na formação médica, em que a componente prática do curso se realiza no hospital, clínica, e em que o supervisor adota uma atitude de atenção e apoio às necessidades do formando (Alarcão e Tavares, 2010).

Alarcão e Tavares chamam a atenção para a relação supervisiva que se estabelece e que pode comprometer ou facilitar o processo de mudança. Formador e formando, percebem-se e aceitam-se como seres independentes, com diferentes

histórias de vida, com sentimentos e emoções, numa interação recíproca; nesta linha, o processo de supervisão, tem uma dimensão principal que é o desenvolvimento dos dois, supervisor e supervisionado (2010).

A forma como é vivida a relação interpessoal, como é aceite e respeitado o poder/saber de cada um, tem potencialmente possibilidade de influenciar na construção da identidade (Collière,1989).

Atualmente, decorrente do desenvolvimento do próprio conhecimento pedagógico, o ensino deixa de estar centrado em quem ensina, enquanto pessoa detentora do saber que transmite os seus conhecimentos a quem não sabe, para se centrar, cada vez mais, em quem aprende. O aluno passa a ser o foco de atenção no processo de ensino e aprendizagem. Ainda assim, o sujeito em aprendizagem não consegue, por si só, identificar as áreas do “não saber” e, como tal, estejamos em presença de uma aprendizagem assistida, uma aprendizagem autónoma ou uma aprendizagem coexistente, a aprendizagem dirigida pelo sujeito de ensino, ou seja pelo professor, não pode ser abandonada.

Durante o desenvolvimento de competências em ensino clínico, os estudantes constroem a sua identidade profissional que tem início na formação. Esta construção é um processo complexo e inacabado que se vai construindo por diferentes fases através de um processo de introjeção do ou dos modelos de referência.

3. O ENFERMEIRO NO PAPEL DE SUPERVISOR DE ENSINOS CLÍNICOS

A enfermagem é uma profissão regulamentada, reconhecida a nível nacional e internacional e aceite pelas universidades, com funções próprias definidas e que conceptualizamos como arte e ciência, a partir da herança de Florence Nightingale.

A sua formação inicial pretende proporcionar formação cultural e técnica, desenvolver conhecimentos científicos, teóricos e práticos, desenvolver habilidades, competências e capacidade de inovação e de análise crítica para o exercício profissional. Os componentes teóricos e práticos são determinados curricularmente e requerem a necessária adequação ao seu contexto.

É através da prática que o estudante aprofunda e ultrapassa o conhecimento meramente teórico e vai descobrindo quais as respostas adequadas a dar às situações imprevisíveis com que se depara no exercício da atividade profissional.

Suportada pela formação teórica e teórico-prática, a componente prática é habitualmente desenvolvida em organizações de saúde, num contexto especialmente complexo, em constante mudança, envolvendo diversos atores dos quais destacamos os alunos, os professores da escola superior de enfermagem e os enfermeiros das organizações.

Entendida a formação inicial, como o início da formação contínua, esta tem de ser reequacionada de modo a responder aos novos desafios com que se confronta. A construção dos saberes em Enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate, constituindo esta atitude um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início. Formar profissionais capazes de trabalhar em contextos em mudança e responder à diversidade de problemas de complexidade crescente com que se deparam, confronta-nos com a pertinência de promover a reflexão na aprendizagem.

Abreu (2007, p. 213) afirma que *“a formação em contexto clínico envolve não apenas o desenvolvimento de competências ligadas à assistência, mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem requisitos para prestar cuidados de saúde. Como consequência os formandos têm necessidade de acompanhamento específico”*.

Mikkonen (2005), citado por Abreu (2007), refere que muitos dos estudos que problematizam a formação dos alunos em contexto clínico concluem ser muito importante a figura e a ação dos tutores.

No ensino clínico, o estudante de enfermagem faz uma parte significativa da sua socialização profissional e aprende a tomar decisões coerentes com a prestação de cuidados, de acordo com concepções, valores e conhecimentos que vai adquirindo em contacto com a realidade profissional. Sendo o ensino clínico considerado o centro da formação em Enfermagem, o supervisor da aprendizagem clínica tem de ser, por isso, uma entidade de reconhecida importância.

Simões (2004, p. 62) afirma, referindo Alarcão e Tavares (1987), que orientar *“pressupõe que o saber esteja investido na ação e que os conhecimentos resultantes da ação sejam pontos de partida para novas aquisições, quer para elaborações a mobilizar, quer para repensar as já existentes. Permite assim integrar e desenvolver o saber ser e o saber estar com o saber do ato educativo e a descoberta da pessoa que se apresenta no processo do sujeito. A relação ser, saber fazer é considerada essencial, sendo o estudante o sujeito ativo da ação.”*

O papel de supervisor poderá ser conceptualizado como um conjunto de atividades que são solicitadas a um indivíduo que tem um determinado conjunto de funções. Este visa acompanhar um indivíduo ou grupo, no sentido de motivar e incentivar, dialogar, esclarecer e encaminhar para uma meta previamente determinada (Carvalho, 2003).

Este tipo de acompanhamento é motivo de reflexão para todos. É importante estimular a participação dos enfermeiros, no sentido de acompanharem os estudantes, na totalidade do tempo de permanência nos locais de estágio, responsabilizando-os pela sua formação. Se as responsabilidades, perante os clientes, são das Organizações de Saúde, justifica-se que o acompanhamento seja realizado pelos profissionais dos serviços (Carvalho, 2004).

Abreu (2007) refere que para muitos autores *“o termo designado para identificar este acompanhamento é “Mentorship”, sendo “mentor” o profissional que acompanha e supervisa o formando”*. E cita Abreu e Calvário (2005) para afirmar que *“. . . no ensino de enfermagem, o tutor é um profissional que se responsabiliza por acompanhar, guiar e aconselhar os estudantes em formação”*, sendo um dos desafios que se lhe coloca a articulação com a escola.

O mesmo autor menciona Vidinha et al., (2007) para afirmar que *“nos processos de aprendizagem em contexto clínico, que pressupõem a cooperação e assistência de enfermeiros qualificados, estão implícitos processos de complementaridade, partilha e interação que devem presidir à construção de saberes teóricos e práticos orientados pelas sinergias dos diferentes atores, numa lógica estruturante da análise reflexiva, crítica e contextualizada das suas convergências e divergências”* Abreu (2007).

Martin (1991) refere que o supervisor poderá apresentar-se como o modelo para o estudante, que tem um papel crucial na construção da sua identidade e do seu saber profissional. Para isso, é fundamental que detenha conhecimentos pedagógicos e, como pessoa de referência, ser reconhecido e valorizado no papel que desempenha.

As práticas de acompanhamento em ensino clínico são exigentes para todos os intervenientes. Ao tutor/orientador/supervisor é solicitado que possua um adequado desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal, como pré requisitos para formar alunos em contexto clínico, além de gerir e ajudar a gerir situações de forte carga emocional.

Em Carvalho (2003), o professor enfermeiro, no papel de orientador, é um facilitador da aprendizagem e o enfermeiro da prática, um facilitador da integração no serviço, atualmente e cada vez mais, um orientador da própria aprendizagem dos estudantes, favorecendo a socialização antecipada dos mesmos. Acrescenta ainda a mesma autora que o processo pressupõe uma relação próxima, de confiança, facilitadora das aprendizagens.

Para Martin (1991) o supervisor movimenta-se num jogo de forças, decorrentes das interações estudante/escola/organização de saúde/sociedade e da sua própria maneira de ser. A sua atividade é fundamentada em conhecimentos teóricos que guiam a sua prática, considerando que não é apenas um cumpridor de objetivos, nem um transmissor de conteúdos, mas um perito didático, capaz de criar um clima propício à aprendizagem fundamentada no diálogo permanente com os estudantes, incitando-os à análise e reflexão das e sobre as práticas.

O enfermeiro da prática, supervisor, deve estar preparado para assumir o seu papel de profissional, porque está ligado a uma instituição social e é membro de uma profissão reconhecida.

Hoje, não podemos conceber a supervisão dos estudantes apenas numa estreita relação de ajuda, se ela não incluir em si mesma a noção de contínuo, reflexão e retroalimentação numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante. Será, portanto, essencial que os supervisores de estágio/ensinos clínicos dominem conhecimentos na área da supervisão.

3.1. Dificuldades, parcerias e formação

Devido às suas características, a formação em enfermagem teve a preocupação de estar ligada aos contextos de trabalho, com vista a proporcionar uma formação para a excelência dos cuidados.

Para Ribeiro (1993), citado por Garrido et al., (2008) o supervisor clínico terá, necessariamente, de estar apto a assumir o papel de profissional, já que se encontra ligado a uma instituição com uma função social e é membro de uma profissão reconhecida.

Esta dimensão do seu papel determina o âmbito da sua participação no desenvolvimento do ensino e na melhoria do sistema educativo e profissional e tem implicações sociais nas quais o supervisor clínico não pode deixar de estar envolvido e das quais deve estar plenamente consciente.

Há algumas décadas atrás, a supervisão dos alunos em ensinos clínicos de enfermagem era unicamente da responsabilidade dos docentes, ficando os enfermeiros das organizações de saúde um pouco à margem deste processo de formação, ou porque não lhes era solicitada colaboração ou porque esta era considerada indesejável, sendo atribuídas carências científicas às práticas destes profissionais (Carvalho, 2003).

As consciencializações de que este tipo de orientação desvalorizava o saber oriundo da prática, fomentando a dicotomia teoria/prática e as dificuldades na integração dos novos profissionais, associada a mudanças sociopolíticas, levaram à reformulação de todo o processo formativo, envolvendo e responsabilizando docentes e enfermeiros, escolas e instituições. (Fonseca, 2006).

Se inicialmente as colaborações escolas/serviços ou instituições se concretizavam mediante acordos tácitos entre docentes e enfermeiros, com a integração das escolas de enfermagem no ensino superior e, particularmente com a aplicação de princípios legais relacionados com o tempo de contato direto de alunos e

docentes, houve a necessidade de se estabelecerem protocolos de colaborações com as instituições.

Neste cenário de formação em enfermagem, houve necessidade de estabelecer parcerias, modalidade de colaboração entre escolas/organizações de saúde, comprometendo-se a desenvolver um projeto de formação em enfermagem. A parceria implica a produção de uma nova cultura de aproximação das organizações educativas e profissionais (Carvalho, 2003).

A aproximação ao terreno é uma mais-valia formativa, sendo fundamental que o docente esteja dentro da dinâmica dos locais de ensino clínico, como forma de organizar a dimensão prática da disciplina de enfermagem, geradora de novo conhecimento profissional.

Supervisionar implica ter conhecimento dos elementos intervenientes no processo. Pressupõe uma relação próxima estudante/supervisor de modo a dar segurança e responder ao pedido de ajuda do estudante num clima de confiança propício à aprendizagem.

Para que este processo de supervisão seja bem-sucedido, são necessárias condições que potenciem o sucesso da tríade enfermeiro supervisor - docente – estudante. Cada um dos atores desempenha diferentes papéis no processo, tendo como objetivo comum a organização e a reflexão da prática (Simões *et al.*, 2006). A ação, reflexão e colaboração são eixos centrais deste modelo de supervisão clínica, apelando a um constante processo de mediação e articulação. Daí, ser particularmente importante prestar atenção aos modelos organizacionais e de supervisão, capazes de ampliar a compreensão das evidências, dando-nos conta de pormenores e de especificidades relacionadas com o processo supervisivo (Macedo, 2012).

Nóvoa (1992), citado por Simões (2004, p.73), refere que a formação em Enfermagem e a supervisão em ensino clínico mais concretamente, só fazem sentido tendo por base uma relação de parceria, onde a *“horizontalidade de relações se institua como forma de estar, de modo a permitir a cada um a participação no âmbito das suas competências e não baseando-se na anulação das competências dos diversos atores destruindo, pela assimetria de relações, a possibilidade de uma cooperação”*.

Só no respeito pelos diferentes saberes, pela abertura à diversidade de concepções, se permite a todos participar sem constrangimentos nos debates, partilhar as suas experiências e colaborar na supervisão dos estudantes.

Alarcão e Rua (2005, p. 381) defendem que os locais de estágio não podem ser considerados apenas como meros locais de aplicação em que os alunos e os profissionais orientadores são comandados ou telecomandados pelos docentes das Escolas. Importa estabelecer parcerias de colaboração. Para que esta expressão não seja vazia de sentido, “*estes partenariados têm de assentar em*” alguns pressupostos: “*conhecimento mútuo; objetivos de formação comumente assumidos; planificação conjunta; avaliação conjunta de processos e resultados*”. Afirmam ainda que são fundamentais duas condições neste relacionamento: “*a capacidade de aberta e construtivamente questionar teorias e práticas e a existência de canais de comunicação permanentemente abertos*”.

As situações de parceria exigem “*condições de um saber colaborar, ou seja, o desenvolvimento de competência de parceria ao longo do tempo, implicando um saber- dialogar, um saber- respeitar, um saber -reconhecer e saber-valorizar o trabalho do parceiro*” (*Mestrinho, 2005*).

Quanto à figura de orientador clínico, o seu papel é relevante no processo de orientação de estudantes em ensino clínico, sendo que esse papel se deve focar na reflexão na e sobre a prática, nos processos de análise crítica da formação e em processos investigativos.

Abreu (2007) cita vários autores para evidenciar a importância do tutor para “*a socialização profissional do aluno, domínio dos saberes em uso, redução dos níveis de stress, utilização dos sistemas de informação, relação com os utentes, satisfação com a profissão, relação com a equipa de saúde e mesmo diminuição da taxa de abandono do curso*” e elucida, citando Bulmer (1997), que os supervisionados tendem a valorizar características dos supervisores tais como: lealdade, honestidade, sinceridade, saber ouvir e analisar situações-problema, ser capaz de fazer críticas construtivas sem julgar, ser facilitador sem ser diretivo, saber reconhecer as suas limitações e proporcionar *feedback*.

As responsabilidades exigidas aos tutores, ou supervisores clínicos, são muitas e de âmbito muito diversificado, pelo que não é de admirar que, quando chamados a participar em estudos, identifiquem, sistematicamente, um conjunto de dificuldades como sejam: as exigências que lhes são feitas e as condições que lhes são

proporcionadas pelas próprias organizações onde desenvolvem a sua atividade profissional; a exigência de competência didática para além da exigência de perícia na prestação de cuidados; a exigência de que estabeleça uma relação de proximidade com o aluno e seja capaz, simultaneamente, de o integrar na relação com os utentes, orientar na gestão da informação e adequar a sua intervenção orientadora quer ao estilo de aprendizagem do aluno, quer à natureza dos saberes a desenvolver (Abreu, 2007).

No estudo de Pereira (2008) os enfermeiros entendem o seu papel na orientação dos estudantes como um dever profissional, assegurando a transmissão de conhecimentos e de experiência prática. Sentem a orientação dos estudantes como uma dupla responsabilidade, por um lado, responsabilidade profissional como um dever que lhes é exigido, por outro lado, porque são vistos como um modelo de desempenho. Embora avaliadores, também se sentem avaliados pelo seu desempenho.

O papel de *modelo*, na prática da Enfermagem, tem sido reconhecido como um importante facilitador da socialização do aluno no papel de enfermeiro. Assim, uma das responsabilidades do supervisor clínico é a de proporcionar comportamentos modelo ao aluno, agindo como um enfermeiro competente. Esta responsabilidade engloba a demonstração de competências e habilidades no saber fazer, na prática dos cuidados de enfermagem, perante os alunos, sujeitos da aprendizagem, através de exemplos realizados em contexto hospitalar ou na comunidade.

Abreu (2007, p. 239) adianta que *“muitos estudos recentemente publicados problematizam a formação dos tutores, propondo inclusivamente segmentos de formação muito complexos, argumentado a sua pertinência com as competências que lhe são exigidas”*

Para Carvalhal (2003, p. 48), *“a formação pedagógica que o orientador clínico deve possuir e utilizar diz respeito ao funcionamento global do processo ensino-aprendizagem e aos passos específicos requeridos para o desenvolvimento de todo o processo”*.

Consideramos relevante que os orientadores/supervisores devem ser selecionados mediante critérios previamente definidos, tendo em conta os conteúdos da formação.

As organizações de saúde, parceiras nesta formação, devem respeitar um conjunto de princípios, que no dizer de Abreu passam por:

- definir o seu próprio modelo de tutoria, no qual se possa perceber de forma clara e consistente o acompanhamento clínico e a relação com as escolas;
- o papel do tutor deve ser visível, reconhecido e valorizado por todas as hierarquias;
- deve ser redigido em cada serviço um manual de tutoria , o qual deverá incluir a política institucional nesta área;
- sem prejuízo de programas de formação específicos para os tutores, os ensinamentos clínicos devem ser rigorosamente planeados com estes;
- deve ser proporcionada aos tutores formação específica para o desempenho de funções (da responsabilidade conjunta da escola e instituições de saúde) , que lhes permita entender a complexidade da formação clínica. Os tutores devem ser preparados para utilizar estratégias que permitam analisar trajetórias de formação e da implicação pessoal e coletiva, tais como portfólios reflexivos, diários de aprendizagem, estudos de casos, entre outros;
- as parcerias devem envolver os sistemas de tutoria , os intercâmbios na área da formação contínua e as atividades de investigação-ação;
- seria desejável que os tutores não fossem contabilizados no grupo de enfermeiros que desenvolvem as práticas clínicas, embora a sua contabilização possa ter benefícios;
- as organizações de saúde devem considerar que a sua própria organização é formadora tanto para os profissionais como para os alunos, e ponderar a necessidade de a transformar em organização qualificante (Abreu, 2007).

Na opinião de Amador (1991), citado por Simões (2004), os enfermeiros do serviço gostam de ter alunos em Ensino Clínico e preocupam-se com a forma como executam os cuidados ao utente, assim como com a aprendizagem dos alunos. Simões refere ainda Amendoeira (1996) que, no seu estudo exploratório relacionado com o processo de cuidar dos estudantes em ensino clínico, verificou que a participação ativa dos enfermeiros durante o ensino clínico é imprescindível.

Mestrinho (2012) afirma a necessidade de reestruturação dos ensinamentos clínicos, assim como a necessidade de avaliação das condições favoráveis e dos

constrangimentos nos contextos clínicos ao nível da orientação de estudantes. A verdadeira mudança nos processos formativos nos contextos clínicos necessita de uma avaliação por grupos de parceiros (enfermeiros da prática, professores e antigos estudantes) que se devem debruçar sobre experiências concretas de parcerias nesses contextos.

E afirma, a propósito dos ensinamentos clínicos: *“revela-se importante o desenvolvimento de um trabalho em colaboração, partilha de recursos, de responsabilidades, incentivando a confiança na perícia dos parceiros e provocando uma mudança no modus operandi de orientação pedagógica em contexto clínico”* (Mestrinho, 2012, p. 25)).

4. ESTUDOS EMPÍRICOS SOBRE O PROCESSO DE SUPERVISÃO

A pesquisa realizada evidencia a importância dos ensinamentos clínicos para a formação inicial em Enfermagem e apresenta-os como o espaço privilegiado nesta formação, onde a ação dos enfermeiros supervisores/orientadores aproxima os futuros enfermeiros da realidade profissional, imprimindo discussão e análise de situações problema em conjunto, proporcionando o questionamento epistemológico dos fundamentos da Enfermagem e o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo. As observações, as atividades práticas e as reflexões desenvolvidas proporcionam ao estudante a oportunidade de compreender, relacionar e construir os conhecimentos que lhe vão permitir aprender e interiorizar o significado de ser enfermeiro e desenvolver-se em todas as dimensões.

No âmbito da supervisão clínica de enfermagem, alguns autores desenvolveram estudos empíricos, dos quais extraíram algumas conclusões:

Carvalho (2003) estudou o papel dos orientadores clínicos, numa dinâmica de orientação em parceria, a partir das valorizações dos três atores implicados no processo de supervisão: professor, enfermeiro e aluno. Afirma que os enfermeiros, corresponsáveis com os docentes no processo de supervisão clínica, se situam numa conceção da aprendizagem clínica como um espaço de aplicação de conhecimentos, perspetivando o papel do orientador clínico mais como transmissor de conhecimentos e reafirma a importância da formação pedagógica dos orientadores, assim como a necessidade de uma reconceitualização e reestruturação das suas perceções relativamente ao papel desempenhado. Adianta que se torna necessário, entre outros, reforçar o trabalho de colaboração Escola /Organização de Saúde, integrando cada vez mais os enfermeiros nas diferentes fases de planeamento dos ensinamentos clínicos e desenvolvendo em conjunto trabalhos de investigação, relacionados com a prática de cuidados ou com a formação de enfermeiros.

Simões (2004) realizou um estudo exploratório, a partir da narração de episódios significativos dos enfermeiros cooperantes, no âmbito da supervisão da formação inicial de enfermeiros. Este trabalho evidencia nos seus resultados: o caráter complexo e difícil do processo de orientação; a necessidade de valorização e responsabilização dos enfermeiros cooperantes no processo de supervisão; a falta de preparação teórica dos alunos; a desarticulação entre teoria e prática; a referência à supervisão como um momento privilegiado de reflexão e comunicação; haver

dificuldade nas relações entre os serviços de saúde (campos da prática) e a Escola de formação e, conseqüentemente, entre enfermeiros cooperantes e docentes.

Pereira (2007) estudou as aprendizagens dos enfermeiros orientadores em ensino clínico. Os resultados obtidos revelam que o desenvolvimento da aprendizagem em ensino clínico de enfermagem consiste num processo de natureza reflexiva, que tem na sua base a experiência de cada profissional, enquanto sujeito único e singular. Refere ainda o facto de a aprendizagem ter um cariz recíproco, ou seja, o aluno aprende, mas o seu orientador também.

Martins (2009) no seu estudo sobre as representações dos alunos de Enfermagem, relativamente às competências do enfermeiro para o exercício do papel de supervisor de ensinamentos clínicos, pôde identificar vários fatores que influenciam a aprendizagem em ensino clínico, tais como local onde se realiza, área de Saúde, organização curricular, equipa de enfermagem e médica, chefe de enfermagem, docentes e enfermeiros do local de ensino clínico, sendo a estes últimos que os alunos atribuem maior importância.

Dias (2010) na sua tese sobre supervisão de estudantes em ensino clínico, quis compreender como são indicados e que critérios fundamentam a escolha dos tutores que supervisionam os estudantes em ensino clínico. Verificou que os tutores são designados pelo enfermeiro chefe do serviço onde decorre o ensino clínico, com base em critérios de experiência profissional, competência e formação. Concluiu que os tutores concordam com os critérios de escolha, no entanto referem a necessidade de formação que os dote de competências pedagógicas para melhor desempenhar a função. O estudo aponta para a necessidade de melhorar a comunicação e uniformizar a linguagem entre as duas instituições e para a necessidade de parceria entre as instituições, coresponsabilizando-as na formação dos tutores.

Enrico e Chapman (2011), elaboraram um estudo que reflete a experiência vivida pelas enfermeiras supervisoras da Malásia. Os resultados sugerem a necessidade de treino e apoio para melhorar o programa de orientação; os participantes, embora constituindo uma pequena amostra sugeriram que, a preparação para o papel de supervisor é essencial para o sucesso do programa de orientação e que estudar o papel dos supervisores além de ajudar a desenvolver as práticas, é crucial para o desenvolvimento da profissão.

Silva, Pires e Vilela (2011) elaboraram uma revisão da literatura, pesquisando em bases de dados científicas, recorrendo a artigos de investigação, relativamente à

supervisão de ensinos clínicos em enfermagem e afirmam que a preparação dos enfermeiros para o exercício da supervisão de estudantes de enfermagem, em ensino clínico, surge atualmente como uma necessidade dos contextos formativos e da prática. Os resultados apontam para um conjunto de necessidades dos supervisores que passam pela formação específica na área, treino de competências e formalização de diretrizes sobre as funções dos vários intervenientes – enfermeiros, escolas e organizações de saúde. Conclui-se, com o estudo, que a profissão e a prática de enfermagem ganham com uma efetiva (re) estruturação dos processos de supervisão, visando a qualidade da formação e do exercício profissional dos enfermeiros.

As vantagens do processo de supervisão são imensas e amplamente estudadas, mas torna-se importante que os estudantes, na sua formação, sejam acompanhados por enfermeiros capazes de despertar e alargar o campo de análise, ajudando o estudante a observar a sua própria ação e os contextos onde ela ocorre, a questionar e confrontar, interpretar e refletir e a procurar as melhores soluções para as dificuldades e problemas de que vai tendo consciência, (re) construindo o conhecimento. (Macedo et al., 2012).

PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO

5. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Estamos conscientes da importância do processo de supervisão em ensino clínico de enfermagem e do papel que os supervisores têm na construção da identidade profissional e também no desenvolvimento pessoal dos estudantes. A supervisão, entendida como processo mediador na aprendizagem e no desenvolvimento humano e profissional, quer do formando quer do supervisor, pode ser facilitada ou inibida e o seu sucesso depende da natureza da interação criada.

Para nós, fica claro que:

- ✓ A formação em contexto de trabalho, que na formação inicial em Enfermagem ocorre ao nível dos ensinos clínicos, é uma componente fundamental, onde o estudante se confronta com situações onde o binómio teoria/prática está sempre presente;
- ✓ O acompanhamento (supervisão) deste processo formativo, de responsabilidade partilhada entre as escolas e os serviços da prática, assume um papel decisivo, na medida em que é potenciador da qualidade da aprendizagem;
- ✓ Se aprende ensinando e que no desenvolvimento da atividade de supervisão clínica, os enfermeiros também se desenvolvem, enquanto pessoas e profissionais, refletindo no que fazem e porque o fazem;
- ✓ Assumir que ser enfermeiro, hoje, é ter a função de participar ativamente nos processos de formação de estudantes; procurar conhecer as suas dificuldades enquanto supervisor clínico, os contextos e as relações que se estabelecem entre os diferentes atores que agem nesses contextos, é contribuir para práticas pedagógicas adequadas.

Motivados pela leitura de vários estudos, pelas vivências pessoais, pela tomada de consciência das problemáticas do processo de supervisão dos ensinos clínicos de enfermagem e pelas responsabilidades acrescidas, na formação dos futuros profissionais, a realização de um estudo que nos permitisse refletir sobre o

processo de supervisão, na organização, e ao mesmo tempo contribuir para a sua melhoria, foi ganhando forma.

Algumas questões e reflexões foram inspirando a realização deste trabalho:

- *O que pensam os enfermeiros orientadores sobre o processo de orientação de alunos de enfermagem em ensinos clínicos?*

- *Como vivenciam os enfermeiros orientadores o processo de orientação de alunos de enfermagem em ensinos clínicos?*

- *Que importâncias atribuem, os enfermeiros orientadores, à supervisão de ensinos clínicos?*

- *Que opiniões têm os enfermeiros sobre a forma como se organizam os ensinos clínicos?*

- *Na opinião dos enfermeiros, a relação teoria/prática é uma preocupação da escola?*

- *Os enfermeiros orientadores preocupam-se com a relação teoria/prática?*

- *Que competências valorizam os enfermeiros orientadores no desenvolvimento dos estudantes em ensino clínicos?*

- *Como dizem que desenvolvem essas competências nos alunos?*

- *Que opiniões têm sobre a forma como interagem os atores envolvidos no processo de supervisão de ensinos clínicos?*

- *Na opinião dos enfermeiros orientadores, que influência tem tido o processo de orientação/supervisão em ensino clínico no seu desenvolvimento pessoal e profissional?*

Reunir a melhor evidência para compreender as experiências dos enfermeiros orientadores, no exercício da supervisão, revela-se como uma mais-valia para as futuras práticas de supervisão, uma vez que, são necessários estudos e revisões que foquem os processos de supervisão nos contextos em que se desenvolvem.

Assim surge o nosso interesse neste trabalho - **Supervisão de ensinos clínicos em Enfermagem – Perspetivas e vivências dos enfermeiros orientadores** - o qual, ao permitir conhecer melhor as experiências/vivências dos enfermeiros, enquanto orientadores/supervisores de ensinos clínicos em enfermagem, permitirá cumprir a finalidade de alargar os nossos horizontes, sobre a formação inicial e a supervisão em enfermagem.

6. METODOLOGIA

“ A teoria deriva da prática, sendo a investigação fundamental para procurar novos caminhos para a profissão”

Carvalho (2004)

O conhecimento, na medida em que o seu desenvolvimento, associado às competências que advêm da formação e da experiência, enriquece os recursos humanos, influencia o desempenho das organizações, tornando-se uma mais-valia para as mesmas. Assim, pela importância que se lhe atribuí, a formação exige de nós uma constante reflexão sobre a sua função e as suas práticas, procurando novas formas e enfoques que permitam potenciar o desenvolvimento de competências dos profissionais e das organizações, bem como os resultados que daí provêm.

Para Alarcão (2001), citada por Simões (2004), a atividade científica tem como grande finalidade compreender, explicar e prever, arquitetando teorias e operacionalizando modelos; acrescenta ainda a autora que a verdadeira essência do ser investigador se concentra no desejo de conhecer e, se possível, intervir para melhorar.

Procurámos desenvolver um estudo que respondesse às questões da nossa investigação e recorreremos à metodologia que nos pareceu mais adequada e que descreveremos neste capítulo, conscientes de que, como afirma Estrela, (2011), *“qualquer escolha metodológica fundamentada exigirá tácita ou expressamente uma tomada de posição sobre o tipo de epistemologia que sustenta os seus pressupostos e de onde decorrem os princípios de validade que permitirão avaliar a correção do processo e a legitimidade dos dados obtidos”*.

Neste capítulo, que dedicamos ao enquadramento metodológico, procuramos explicitar os procedimentos adotados, bem como as razões da sua escolha.

6.1. Tipo de estudo e objetivos do estudo

Ao procurar analisar, compreender e descrever as experiências dos enfermeiros orientadores de ensinamentos clínicos, no contexto em que ocorrem e

atendendo aos objetivos a alcançar, a opção foi um estudo descritivo de abordagem qualitativa.

Do ponto de vista metodológico, a investigação qualitativa reporta-se à inserção num contexto naturalista e é particularmente útil para a investigação de questões ligadas à vida das pessoas e aos significados que atribuem ao mundo, pois o conhecimento que se busca é relativo ao *como* ocorrem as experiências quotidianas e quais os seus significados para os sujeitos (Bogdan & Biklen, 1994); (Fortin, 2009).

Bogdan e Biklen (1994), arrogam que *“a investigação qualitativa em educação assume muitas formas e é conduzida em múltiplos contextos . . . os dados recolhidos são designados por qualitativos, o que significa ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas locais e conversas.”*

Bogdan e Biklen defendem que neste tipo de estudos é privilegiada, essencialmente, a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação, apontando como características principais dos estudos qualitativos: a situação natural constitui a fonte dos dados, sendo o investigador o instrumento-chave da recolha dos mesmos e descrevê-los, a sua primeira preocupação; a questão fundamental é todo o processo, ou seja, o que aconteceu, bem como o produto e o resultado final; os dados são analisados intuitivamente, como se se reunissem, em conjunto, todas as partes de um puzzle; diz respeito essencialmente ao significado das coisas, ou seja, ao “porquê” e ao “o quê”. É uma investigação indutiva, sem preocupação em arranjar dados ou evidência para provar ou rejeitar hipóteses e significativa, na medida em que o investigador está preocupado em saber como diferentes pessoas fazem sentido e quais são as suas perspectivas pessoais.

Streubert e Carpenter (2002), citados em Borges (2010), definiram como essenciais as seguintes características, na investigação qualitativa:

- a) uma crença em múltiplas realidades;*
- b) um compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado;*
- c) um compromisso com o ponto de vista do participante;*
- d) uma conduta de pesquisa que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse;*
- e) um reconhecimento da participação do investigador na investigação e*
- f) uma compreensão do fenómeno, relatando-o de forma literária incluindo os comentários dos participantes.*

Para Fortin (2009, p. 22), “o objetivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar. . . demonstra a importância primordial da compreensão do investigador e dos participantes no processo. . . é uma extensão da capacidade do investigador para dar sentido ao fenômeno”.

O objetivo de um estudo “indica o porquê da investigação . . . e escreve-se em termos que indicam o tipo de investigação a empreender: denominar, descrever fatores, explorar” (Fortin, 2009, p.100).

Com a concretização deste estudo pretendemos, a partir das opiniões dos enfermeiros orientadores, atingir os seguintes objetivos:

- Compreender o processo de supervisão de ensinamentos clínicos dos estudantes de enfermagem, através da análise das opiniões que os enfermeiros orientadores têm do mesmo;
- Identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros orientadores no exercício da supervisão de estudantes em ensino clínico;
- Contribuir para a reflexão sobre a supervisão de alunos em ensinamentos clínicos de enfermagem, visando a melhoria do processo, na organização.

6.2.Participantes no estudo/Amostra

De acordo com os objetivos do estudo a realizar, o primeiro critério definido para a seleção dos participantes do estudo, foi *enfermeiros em exercício que orientam alunos em ensinamentos clínicos*, sendo o local do exercício a organização hospitalar onde desenvolvemos a nossa atividade profissional.

A escolha da organização onde desenvolvemos a nossa atividade, como campo de análise, fundamenta-se em critérios de *margem de manobra do investigador*, explicitados por autores credenciados e também pelo interesse que temos sobre o tema em estudo, evidenciado nos objetivos traçados.

Para Quivy e Campenhoudt (1995, p. 158) a seleção do campo de análise torna-se imprescindível e obedece com frequência ao critério “*margem de manobra do investigador: os prazos e os recursos de que dispõe, os contatos e as informações com que pode razoavelmente contar, as suas próprias aptidões*”, não sendo de “*estranyar que, maior parte das vezes o campo de investigação se situe na sociedade*”

onde vive o próprio investigador” e não constituindo este facto, a priori, uma vantagem ou um inconveniente.

Tendo em conta o tipo de estudo e a estratégia definida para a colheita de dados, optámos por estudar um grupo representativo da população, sendo o tipo de amostra não probabilística, intencional, porque consideramos que os elementos selecionados desta forma possuem as características típicas (ou representativas) da população.

Para a obtenção da amostra e sempre atendendo ao principal foco da investigação pretendida, solicitámos ajuda aos enfermeiros chefes dos serviços e selecionamos um total de oito enfermeiros, dos quatro serviços que têm sido utilizados como campos da formação inicial dos enfermeiros e que recebem regularmente alunos para ensinos clínicos. Pedimos aos chefes que nos indicassem os enfermeiros da equipa que mais frequentemente orientam alunos, tendo excluído o serviço de Ortopedia, por não ser regularmente utilizado como campo de formação, na organização. Assim, foram selecionados dois enfermeiros de cada um dos serviços de Cirurgia, Medicina Ala Direita, Medicina Ala Esquerda e Urgência, tendo como critério adicional, terem efetivamente orientado alunos nos últimos três anos.

Posteriormente, esta amostra foi aumentada, por sugestão do nosso orientador, tendo sido selecionados mais dois enfermeiros, um de cada um dos serviços com maior lotação e maior equipa de enfermagem (Cirurgia e Medicina Ala Direita). De acordo com os chefes das unidades e do nosso conhecimento da realidade, estes 10 enfermeiros que constituem a nossa amostra, são uma boa representação da maioria dos enfermeiros que com mais frequência são utilizados na orientação de alunos de enfermagem em ensinos clínicos, na organização.

A abordagem dos enfermeiros orientadores foi realizada pessoalmente, explicando sumariamente os objetivos do estudo e a forma de recolha dos dados. Todos aceitaram colaborar e as entrevistas foram sendo agendadas e realizadas, à medida da disponibilidade dos participantes, sendo a todos os enfermeiros garantidos a confidencialidade e o anonimato.

6.3. Procedimentos de recolha de dados

Para o nosso estudo decidimos que a entrevista parcialmente estruturada seria o método de recolha de dados que melhor serviria os nossos objetivos. O tipo de entrevista selecionada é parcialmente estruturada *“no sentido em que não é*

inteiramente encaminhada por um grande número de perguntas precisas” e permite obter “a análise do sentido que os atores dão às suas práticas (...) as suas leituras de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das próprias experiências”. Os autores referem ainda que esta entrevista “é certamente a mais utilizada na investigação social” (Quivy e Campenhoudt, 1995, pp. 191-195).

A entrevista tem como vantagens a possibilidade do investigador apresentar um conjunto de temas a cobrir, formulando questões a partir desses temas e apresentá-los ao participante segundo a ordem que lhe convém, assim como uma maior eficácia na descoberta de informações sobre temas complexos e carregados de emoção, assim como na análise de sentimentos (Fortin, 2009, pp. 247-249).

Nesse sentido e de acordo com os objetivos traçados para o presente estudo, definimos as áreas temáticas com interesse para o estudo e elaborámos os objetivos para cada área, em função dos quais formulámos um conjunto de questões relacionadas, sob a forma de um guião, com sete partes, incluindo o início e o fim da entrevista. As questões foram elaboradas de forma a permitem obter do respondente, simultaneamente, respostas diretas e respostas em discurso livre (Anexo).

As áreas temáticas foram selecionadas a partir do conhecimento pessoal do campo de análise e da revisão da literatura realizada:

- Processo de supervisão em ensinos clínicos – representações dos orientadores;
- Organização dos ensinos clínicos – a intervenção dos atores;
- Articulação entre a teoria e a prática;
- Valorizações das aprendizagens em ensinos clínicos;
- Relação entre a escola e a organização de saúde - Parcerias.

O guião foi testado e validado com um enfermeiro orientador de uma outra unidade hospitalar, ao qual foi realizada uma entrevista teste. Da análise conjunta da mesma, concluiu-se que as questões estavam bem estruturadas e que o guião cumpria os objetivos.

Este teste serviu para fazer uma previsão aproximada do tempo necessário para a colheita de dados, uma vez que o fator tempo seria muito importante para o planeamento de cada uma das entrevistas que se seguiam.

Serviu também para testar as nossas habilidades comunicacionais na condução da entrevista assim como de alguma forma preparar o controlo do ambiente onde as mesmas se iriam desenvolver.

Para Taylor e Bogdan (1994) o emprego de um guião orientador pressupõe um certo grau de conhecimento sobre os participantes no estudo, através do trabalho de campo ou outra experiência direta e requer alguns cuidados por parte do investigador. Afirmam que os resultados da entrevista dependem das capacidades comunicacionais do entrevistador e a relação que se estabelece desde o início da entrevista, a chave da recolha dos dados.

Após pedido formal, ao Conselho de Administração da Organização Hospitalar, da necessária autorização para a realização do nosso estudo, concedida após parecer prévio, com aprovação do projeto, da Comissão de Ética, iniciámos as entrevistas, em julho de 2012, tendo terminado em junho de 2013.

Procedemos ao registo das entrevistas em suporte áudio e fomos realizando a sua transcrição integral, dando início à fase de organização dos dados, para que pudessem posteriormente ser analisados. A transcrição e leitura, das entrevistas realizadas, *“ajuda a corrigir erros, a evitar respostas induzidas e a reavaliar os rumos da investigação”* (Alberti, 1990, citado em Duarte, 2004).

Após a transcrição, efetuámos um teste de fidedignidade, ouvindo a gravação e conferindo o texto produzido.

A transcrição realizada pelo próprio pesquisador permite complementar a informação com anotações ou detalhes importantes da situação, como por exemplo o sentido de frases inacabadas, linguagem não-verbal associada ou atitudes do participante, não totalmente captados pelo gravador. (Taylor; Bogdan, 1994).

A primeira leitura dos dados permitiu-nos obter uma ideia abrangente dos textos e avaliar das possibilidades de análise face aos objetivos do estudo.

Bardin (2004:90) diz-nos que a *“leitura flutuante”* é a primeira atividade a realizar e *“consiste em estabelecer contato com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”*.

Constituído o nosso *corpus* de análise, por toda a informação presente na transcrição exaustiva das 10 entrevistas realizadas, após uma leitura sincrética e mais prolongada dos textos, verificámos que se adequava aos objetivos do estudo.

6.4. Procedimentos de tratamento e análise de dados

Para o tratamento dos dados, foram realizadas várias leituras dos textos, pois como referem Alves e Silva (1992), existe a necessidade que o pesquisador assume

de se deixar "*impregnar*" pelos dados, o que vai acontecendo à medida que ele faz "*leituras*" do discurso dos sujeitos ao longo das entrevistas, detendo-se ora numa análise mais imediata do conteúdo expresso, ora nas teias de relações que se evidenciam.

Procedemos à preparação do material a analisar que, e de acordo com Bardin, (2004), é um passo da organização da análise que passa pela enumeração dos elementos do *corpus*, até à edição dos textos.

Começámos por ordenar e codificar todas as entrevistas com uma letra (E), correspondente ao enfermeiro orientador e um número de ordem, atribuído aleatoriamente, de 1 a 10 (E+n^o).

Bardin (2004:97) afirma que "*tratar o material é codificá-lo*". E cita O.R. Holsti (1969) para esclarecer que "*a codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo*"

Em seguida procedemos a uma primeira organização dos textos, ainda que de forma geral e pouco precisa, construída na interação entre os elementos emergentes dos textos e os blocos temáticos previamente identificados para os objetivos do estudo, que já tinham orientado o processo de recolha, estruturando o guião da entrevista. Este trabalho, de fragmentação dos textos, foi realizado num novo documento no *Office Word*, agrupando, dentro de cada tema, os textos resposta a cada pergunta relacionada com o tema (domínio).

No que à interpretação de entrevistas abertas ou semiestruturadas diz respeito, "*análises temáticas podem ser um recurso que "encurta o caminho" do pesquisador, sobretudo quando se trata de pesquisadores iniciantes. Nesse caso, pode-se tomar o conjunto de informações recolhidas junto aos entrevistados e organizá-las, primeiramente, em três ou quatro grandes eixos temáticos, articulados aos objetivos centrais da pesquisa*" (Duarte, 2004).

Para Bogdan e Biklen (1994, p. 221), "*o desenvolvimento de um sistema de codificação envolve vários passos: percorre os seus dados na procura de regularidades e padrões bem como de tópicos presentes nos dados e, em seguida, escreve palavras e frases que representem estes mesmos tópicos e padrões. Estas palavras ou frases são categorias de codificação.*"

A escolha dos elementos a ter em conta numa codificação, prende-se com a pertinência dos mesmos, quer em relação às características do material quer face aos objetivos da análise Bardin (2004, p. 98).

Martin (1986), citada por Simões, (2004, pp. 108-109) afirma que *“em investigação social denominam-se categorias a cada um dos elementos ou dimensões que compreende uma variável qualitativa. Por outras palavras, na análise de conteúdo chamam-se categorias a cada dimensão mais simples das variáveis investigadas e que servem para classificar ou agrupar, de acordo com elas, as unidades de análise do texto.”* E reforça: *“as categorias vêm a constituir a rede utilizada na investigação, daí que sejam elas que determinem o êxito ou o fracasso de todo o trabalho. . . a análise de conteúdo vale pelo que valem as suas categorias.”*

A análise de conteúdo pressupõe a desagregação de uma mensagem em seus elementos constitutivos chamados *“unidade de registo”*, que correspondem aos segmentos de conteúdo considerados como unidades de base de análise, visando a categorização e a contagem de frequências (Bardin, 2004).

Os procedimentos utilizados na codificação e categorização passaram pela leitura e releitura dos textos e identificação das unidades de registo, fazendo a sua associação aos domínios definidos pelas questões colocadas em cada área temática.

Esse trabalho começou com uma primeira definição de categorias, suportada pela nossa revisão da literatura e conhecimento pessoal, acabando, durante o processo de análise dos textos, por renomear umas e acrescentar outras.

Bardin (2004) define categorização como a *“operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que agrupam as unidades de registo, sob um título genérico, agrupamento realizado em razão de carateres comuns.”*

A mesma autora refere que um conjunto de boas categorias deve possuir as seguintes qualidades:

- Exclusão mútua- categorias construídas de tal forma, impossibilitando que as
- unidades de registo pudessem pertencer a duas ou mais.
- Homogeneidade- utilização de uma única dimensão de análise.
- Pertinência - categorias adaptadas ao quadro teórico definido, às características das mensagens e às questões do investigador.

- Objetividade e fidelidade - as diferentes partes do mesmo material , quando submetido à mesma grelha categorial, deve ser codificado da mesma maneira, em diferentes análises.
- Produtividade – uma categoria é produtiva, quando fornece resultados férteis, em inferências, hipóteses e dados exatos (Bardin, 2004).

Ao pretendermos estudar as experiências dos enfermeiros orientadores enquanto supervisores de ensinios clínicos em enfermagem, através das suas opiniões, quisemos saber da frequência de determinadas dimensões, assim como a sua importância no sistema de interesses dos participantes.

Em conformidade, determinamos as frequências absolutas das unidades de registo (UR) e de enumeração (UE), traduzindo-se UE pelo número de sujeitos participantes que fazem alusão às UR correspondentes a cada categoria ou subcategoria.

As apresentações dos domínios, referentes às áreas temáticas em estudo, encontram-se organizadas em diversos quadros de análise, com as categorias e subcategorias, uma unidade de registo exemplificativa, e as frequências absolutas das unidades de registo e de enumeração de cada categoria e subcategoria, tal como está exemplificado no Quadro I, adaptado de Simões (2004).

QUADRO I – Grelha de análise dos domínios, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas dos Enfermeiros Orientadores

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. U.R.	Freq. Absol. U.E.

Legenda:

U.R.- Unidade de registo. Corresponde a uma ou mais palavras a que se atribui um determinado significado

U.E.- Unidade de enumeração. Está associado ao número de sujeitos responsáveis pelas U.R. correspondentes e traduz-se da seguinte forma: 1 U.E. = 1 sujeito; 2 U.E. = 2 sujeitos; ...

Freq. Absol. – Frequência absoluta

7. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Após a caracterização dos participantes no estudo, serão apresentados quadros referentes aos diferentes domínios em análise, em cada área temática, as categorias e subcategorias identificadas em cada domínio, as unidades de registo e de enumeração encontradas correspondentes, assim como uma unidade de registo exemplificativa de cada categoria e subcategoria.

Todas as categorias foram estabilizadas após as várias leituras dos discursos dos participantes.

As unidades de registo (UR) surgem, por vezes, em número superior às unidades de enumeração (EU) e são um indicador da importância atribuída, “*revelando o investimento psicológico da pessoa nesse tema*”. (Bardin, 2004, p. 173)

7.1 Caracterização dos participantes no estudo

Género

Os participantes no nosso estudo são 80% do género feminino e 20% do género masculino.

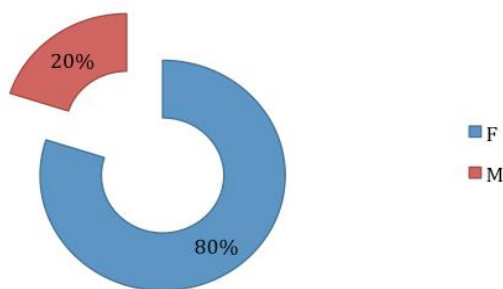


Gráfico 1- Distribuição dos participantes por género.

Idade

Têm idades compreendidas entre 25 e 55 anos, sendo que 10% se situam na faixa etária entre os 25-30 anos, 50% têm idades compreendidas entre 31- 35 anos, 30% incluem-se no intervalo entre 41- 45 anos e os restantes 10% entre os 51 – 55 anos.

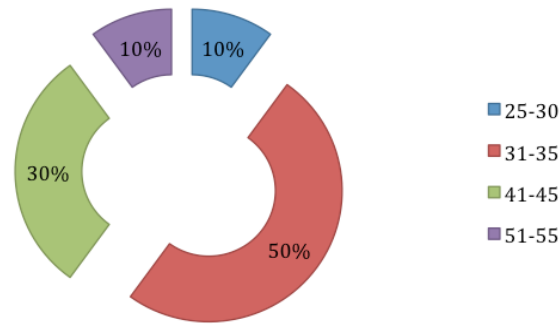


Gráfico 2- Distribuição dos participantes por faixa etária

Habilitações Literárias e Profissionais

Pela leitura dos dados observamos que 50% dos nossos orientadores têm como habilitações a licenciatura em Enfermagem; 20% têm, além da licenciatura em Enfermagem, uma pós-graduação; 10% dos enfermeiros participantes têm, além da mesma licenciatura, uma pós-graduação e uma especialidade em Enfermagem, (hoje designa-se pós-licenciatura); 10%, além da licenciatura inicial em Enfermagem, têm um mestrado e os restantes 10%, acrescentam à licenciatura em Enfermagem uma especialidade na área.

Nenhum dos participantes referiu formação específica em supervisão, encontrando-se um dos elementos a frequentar no momento da entrevista uma pós-graduação em supervisão clínica.

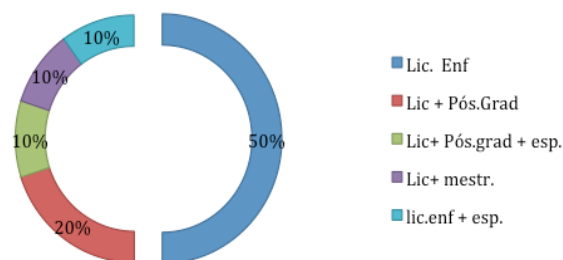


Gráfico 3 - Distribuição dos participantes por habilitações literárias e profissionais

Categoria profissional

De acordo com a atual carreira de enfermagem, a totalidade dos participantes são enfermeiros, sendo que destes, 20% são enfermeiros com especialidade (na anterior carreira se chamavam enfermeiros especialistas).

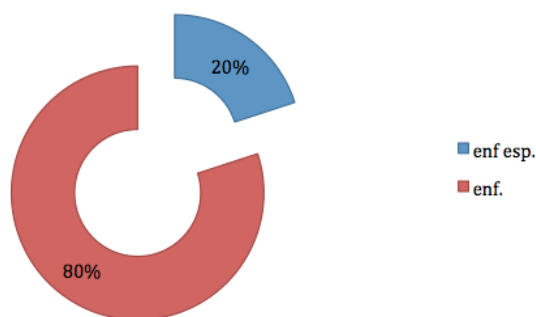


Gráfico 4- Distribuição dos participantes por categoria profissional

Tempo de exercício profissional

No que diz respeito ao tempo de exercício profissional, 10% dos participantes trabalham há menos de cinco anos, outros tantos têm entre 6-10 anos de exercício; 40% entre 11-15 anos; 30% entre 16-20 anos e os restantes 10% têm um tempo de exercício que se situa entre 31-35 anos.

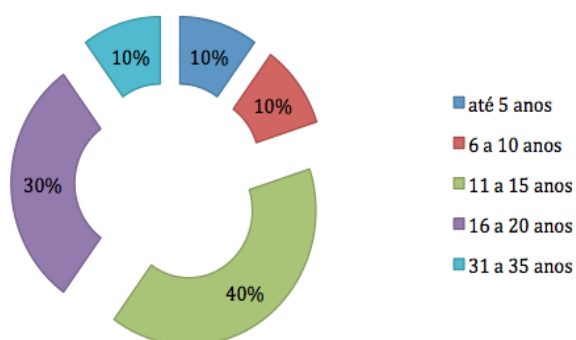


Gráfico 5- Distribuição dos participantes por tempo de exercício profissional

Experiência pessoal em orientação de alunos

Os nossos participantes tiveram alguma dificuldade em quantificar o número de experiências em supervisão de ensinamentos clínicos nas quais estiveram envolvidos, tendo indicado um número aproximado. Assim, 10% dos nossos inquiridos referem ter orientado cerca de 10 ensinamentos clínicos; 50% situam-se no intervalo entre 10 e 20 experiências de supervisão; os restantes dividem-se igualmente pelos intervalos 20-30 (10%) e mais de 30 experiências de orientação de alunos (10%).

Desta forma, podemos concluir, sobre os nossos participantes, que 80% são do género feminino, 50% têm entre 31 e 35 anos, 50% têm como habilitações literárias e profissionais apenas a Licenciatura em Enfermagem, 40% têm um tempo de exercício profissional que se situa entre os 11 e os 15 anos e 50% tiveram entre 10 e 20 experiências de supervisão de alunos em ensinamentos clínicos.

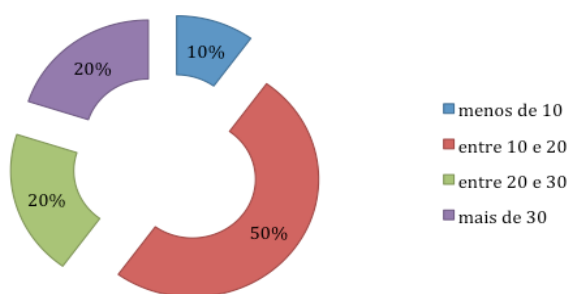


Gráfico 6- Distribuição dos participantes por experiência profissional em orientação de aluno

7.2 As experiências vivenciadas no desenvolvimento do processo de supervisão em ensino clínico

Entendemos *vivências*, de acordo com o Dicionário *online* de Português, como um processo psicológico, consciente, no qual o indivíduo atribui uma valorização, emocional e intelectual, ao conhecimento obtido através da experiência vivida. No nosso caso, a experiência vivida no desenvolvimento da atividade de supervisão de alunos de enfermagem em ensino clínico.

No domínio **vivências dos orientadores**, as categorias e subcategorias identificadas estão evidenciadas no Quadro II.

QUADRO II - Vivencias dos enfermeiros orientadores relacionadas com o desenvolvimento do processo de supervisão de alunos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Vivencias dos orientadores	Experiência gratificante		<i>“... “Tem sido uma experiência enriquecedora... gratificante”.”</i>	E3	12	10
	Experiência exigente	Trabalhosa	<i>“... também trabalhosa, com o trabalho exigido hoje em dia, além de termos que cuidar dos outros doentes, estar a fazer orientação de alunos ”</i>	E5	8	7
		Difícil	<i>“... nas primeiras orientações, se calhar com um bocadinho de mais dificuldade, algumas crises de ansiedade...”</i>	E8	3	3
	Desafio	Colaborar na formação dos novos enfermeiros	<i>“... e tentar ensinar aos alunos o que é a Profissão, o ser enfermeiro”.</i>	E1	11	9
		Manter-se atualizado	<i>“... acaba por fazer com que tenhamos que rever conhecimentos e que tenhamos que nos atualizar”.</i>	E4	10	7
		Desenvolvimento pessoal	<i>“... também aprendemos muita coisa... a relacionarmo-nos com os outros”,</i>	E7	8	6
	Função de responsabilidade		<i>“... é muita responsabilidade orientar alunos”</i>	E2	6	5

Pela observação do mesmo verifica-se que a totalidade dos participantes considerara a **experiência gratificante** (positiva, enriquecedora), tendo sido encontradas 12 UR. São exemplos dessas unidades:

“Tem sido muito satisfatória e muito enriquecedora pessoal e profissionalmente. . . é uma experiência bastante enriquecedora” (E4)

“Tem sido gratificante, tem sido muito boa (E5)

“Eu acho que é gratificante e positiva... há alturas em que é mais gratificante, porque temos melhores resultados, mas acho que é gratificante” (E7)

“É sempre gratificante, é gratificante porque nós conseguimos transmitir os conhecimentos que temos e quando o aluno que está do outro lado consegue assimilar isso e consegue corresponder de certa forma àquelas expectativas que nós depositamos nele, é sempre uma experiência gratificante” (E9)

Na categoria **experiência exigente**, 70% dos participantes consideram a supervisão de alunos uma experiência **trabalhosa** referindo, maioritariamente, o trabalho suplementar que têm que desenvolver e 30% consideram-na **difícil**; são exemplos as seguintes opiniões:

“O orientador que tem o aluno, deveria ficar com menos doentes ... porque há muito a ideia, também... que os alunos vêm substituir os enfermeiros, mas não pode ser, não pode ser porque nós com um aluno temos que dar muito mais e fazer as coisas com muito mais calma ... já não digo sermos remunerados pelo trabalho de sermos orientadores, mas pelo menos para termos tempo para ter com aquele aluno.” (E4)

“A necessária atualização de conhecimentos, não é possível fazê-la em contexto de trabalho, é impossível, acabo por ter que fazer revisão muitas vezes em casa , num horário pós laboral.” (E5)

“É trabalhosa, acho que é muito trabalhosa, é a minha opinião! É, um investimento, tanto da parte deles como da nossa. Se nós queremos que eles fiquem com algumas bases e com alguma experiência... acho que é muito trabalhoso.” (E7)

“Tem sido difícil sim, mas é um desafio de que eu gosto muito.” (E1)

“É difícil, com o trabalho exigido hoje em dia, além de termos que cuidar dos outros doentes, estar a fazer orientação de alunos.” (E5)

“Ensinar aos alunos o que é a profissão ...Se calhar com um bocadinho de mais dificuldade, algumas crises de ansiedade, das primeiras vezes.” (E8)

Descrevendo a experiência de supervisão como um **desafio**, os nossos participantes escolheram o desafio de **colaborar na formação de novos enfermeiros**, tendo sido esta a opinião referida por 90% dos orientadores, com onze U.R., de que são exemplos as seguintes:

“Tem sido um desafio. Tenho experiências positivas, tenho experiências menos positivas. Tem sido um desafio, porque nós nunca sabemos o que é que vamos encontrar, quais são as capacidades do aluno quais são os conhecimentos do aluno e é sempre um desafio.” (E6)

“Gosto de ensinar tudo o que aprendi do que é ser enfermeiro ... acho que é uma parte onde que eu posso enriquecer novos profissionais, ensinando-lhes... o que é ser enfermeiro dentro do hospital. Mas é um desafio de que eu gosto muito.” (E1)

“Tem sido um desafio, acho que sempre positivo; ajudar os alunos a crescer, é uma forma de nós os despertarmos para os pontos mais importantes da prática.” (E3)

“Tudo isso são pontos que é preciso ponderar e é preciso estar constantemente a pensar nos alunos ... de forma a orientá-los, de acordo com os objetivos que eles trazem para o próprio estágio.” (E10)

O **desafio** de **manter-se atualizado** também foi muito referido, tendo essa opinião sido verbalizada por 70% dos entrevistados, com 10 U.R. Este número de UR indica a recorrência da opinião de alguns dos participantes, ao longo da entrevista. Alguns exemplos dessas opiniões:

“Desafios de melhorar, desafios da atualização. Se por um lado, apesar de na profissão ter essa preocupação, quando há alunos a preocupação é redobrada, na atualização.” (E10)

“O principal desafio que se me tem colocado é mesmo a atualização de conhecimentos. Muitas vezes acabamos por ter que

fazer revisão de literatura das matérias que não dominamos e, como somos à partida um elemento de referência para o aluno, temos que dominar o máximo de teoria possível. Esse é o principal desafio.” (E5)

“É sempre um desafio... E então o desafio é esse mesmo, é diariamente haver um estudo e um empenho para poder acompanhá-los e dar a melhor resposta.” (E2)

“Para já da nossa parte também requer investimento, porque a toda a hora estamos a ser questionados A enfermagem não é um saber adquirido, vai havendo novas coisas e a gente tem que ir sempre explorando e tem que ir investindo, da nossa parte. Portanto, acho que é sempre um desafio constante. Desafio mesmo, do dia-a-dia.” (E7)

Quanto ao **desafio** do seu próprio **desenvolvimento pessoal**, aspeto referido por 60% dos participantes, fica ilustrado pelas seguintes UR, seleccionadas de entre as oito UR identificadas nos discursos dos orientadores:

“Tem-me trazido, principalmente, novos conhecimentos em termos de profissão e em termos pessoais. Acho que os ensinamentos clínicos são positivos para nós. Com os alunos estamos a aprender sempre e com os alunos também crescemos, e eu noto a evolução em mim desde há ... anos atrás até hoje... noto-me muito diferente...” (E6)

“Para mim apraz-me sempre ... convidarem-me para orientar alunos de enfermagem porque, também, reconheço, valorizo-me... e obriga-me a refletir mais sobre o que é a enfermagem...” (A1)

“É um investimento que nós fazemos, tal e qual os alunos fazem para vir para estágio, também nós o fazemos para estar com eles em estágio ... e também aprendemos coisas com eles, não somos só nós que ensinamos..., também aprendemos muito de relações interpessoais... muita coisa que nos vai dando experiência para futuros estágios.” (E7)

“Consoante os anos também vão avançando, e as experiências anteriores ajudam e facilitam as que vêm a seguir... pode-se sempre melhorar e considero que tenho melhorado, fazendo uma avaliação retrospectiva de como tem sido, desde a primeira vez.” (E10)

E ainda sobre as **vivências dos orientadores**, 50% dos participantes considera, a supervisão de alunos em ensino clínico, uma **função de responsabilidade**, como fica evidente nas seguintes UR:

“Quando assumo essa função, aliás quando me é delegada essa função, assumo-a com bastante prazer e responsabilidade, porque acho que é muita responsabilidade orientar e supervisionar alunos.” (E2)

“Mas, de uma forma geral, há mais anos atrás, a orientação era feita mais pelos professores da escola, mais de perto no terreno. Com o passar do tempo e também com a alteração das metodologias dos próprios cursos, cada vez mais a responsabilidade é depositada no enfermeiro do serviço que orienta o aluno em estágio.” (E9)

“Ter sempre uma postura séria, servir de modelo para os estudantes que chegam aos serviços.” (E5)

“Será que eu estou preparado como profissional receber um aluno, e será que eu tenho a bagagem necessária para responder àquilo que ele me vai solicitar? Esse é um aspeto que me faz refletir na responsabilidade.” (E8)

QUADRO III – Opiniões dos orientadores sobre a interação dos atores intervenientes no processo de supervisão em ensinos clínicos de enfermagem

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Interação dos atores intervenientes	Interação aluno/ orientador		<i>“... Há interação apenas entre dois atores, que são os estudantes e o enfermeiro da prática, o supervisor”</i>	E4	6	6
	Interação Aluno/ Professor (escola)		<i>“... o aluno fica um pouco... não interage muito com o docente, da minha experiência não . . .”</i>	E1	6	4
	Interação Aluno/ orientador/ professor		<i>“No final de estágio ... para avaliação, a maior parte das vezes, sim!”</i>	E9	10	9

No domínio **interação dos atores intervenientes**, as categorias identificadas estão evidenciadas no Quadro III.

Pela observação do mesmo quadro verifica-se que a quase totalidade (90%) dos participantes se pronunciou sobre a interação dos três atores **aluno/orientador/professor**, tendo sido encontradas 10 UR, tornando esta categoria a mais referida. Os participantes expressaram as suas opiniões e associam esta interação, sobretudo, à avaliação final do ensino clínico, como é evidente nas UR ilustrativas:

“Os enfermeiros docentes não interagem com os orientadores, nem com os alunos...fazem a apresentação do aluno, deixam lá o dossier com os objetivos que eles têm que atingir ao longo do ensino clínico e de vez em quando, às vezes, aparecem no hospital ... Só na avaliação.” (E1)

“O terceiro ator o docente da escola atualmente não tem um papel muito ativo no processo dos ensinos clínicos. Acaba por ter e nem sempre, um contacto no início do estágio e depois não há avaliação intermédia, há outro contacto no final do estágio e é feita a avaliação. Não há interação.” (E5)

“Eu acho que o maior contacto é sempre mais para o final do estágio. Ali no início não há tanto contacto entre as pessoas. No final de estágio será para avaliação, não é? A maior parte das vezes...”(E9)

“Eu penso que com o passar dos anos o professor da escola tem tido um papel menos presente; antes notávamos que o professor da escola estava mais presente, nos questionava mais como é que era a evolução do aluno, no ensino clínico. Hoje em dia não vamos verificando tanto isso.” (E3)

“De qualquer forma, em termos de interação, penso que os professores deveriam vir mais junto dos profissionais se querem, e se desejam, a colaboração... se calhar, um pouco no sentido de saber o que é podemos oferecer e como é que poderemos colaborar no atingir dos objetivos da escola.” (E10)

Quanto à **interação aluno/orientador** no processo de supervisão, 60% dos participantes abordaram-na para referir que ela é praticamente a única interação existente no processo de supervisão. São exemplo das seis UR encontradas:

“A interação aluno/ enfermeiro, eu vejo bem, ... é o único apoio que eles têm aqui e se nós então lho dermos, se estivermos mesmo a orientar e tenhamos algum interesse em tudo o que eles estão a fazer, eles vêem-nos como realmente a única pessoa que os está a ajudar.”
(E2)

“Em relação ao enfermeiro da prática com o aluno penso que existe uma boa relação. De início, às vezes, podem sentir-se algo intimidados, mas depois acho que eles se relacionam, interagem bem com o enfermeiro da prática e conseguem integrar-se bem no serviço.”
(E3)

“A interação maior é entre o aluno e o enfermeiro orientador, porque o docente vem quando vem... é sempre mais enfermeiro aluno.”
(E6)

Sobre a **interação aluno /professor**, 40% dos participantes são da opinião de que ela é limitada ou inexistente, como fica evidente nas seguintes UR exemplificativas:

“Eu acho que eles vêm aqui para estágio e perdem um bocado a ligação com a escola. Ficam mais ligados ao serviço e ao enfermeiro com quem estão, do que à escola...Eu é a noção que tenho.” (E7)

“A interação aluno - docente existe? Não sei, não tenho esse feedback.” (E10)

No domínio **dificuldades no desempenho da função de supervisão**, as categorias identificadas no discurso dos participantes estão evidenciadas no Quadro IV.

Pode ler-se que a categoria **estabelecer relação com aluno** reuniu 50% de UE, sendo a mais referida pelos participantes, com sete UR. Alguns exemplos de UR ilustram esta categoria:

“Do contacto, de certos feitios, não é, das características de cada aluno, porque nem todos são iguais.... Uns são mais tímidos, e nós temos que adaptar, e estimular, e falar mais.” (E7)

QUADRO IV – Dificuldades dos orientadores no desempenho da função de supervisão de ensinos clínicos em Enfermagem

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Dificuldades no desempenho da função de supervisão	Estabelecer relação com o aluno		“... somos nós que nos temos que adaptar (ao aluno) e essas são as maiores dificuldades”	E4	7	5
	Ausência de interação com a escola		“... a minha maior dificuldade é a escola, a ligação a escola”	E2	2	2
	Cumprir objetivos		“... E aquelas primeiras duas semanas... é sempre um atropelo”	E1	2	2
	Avaliação		“As maiores dificuldades têm sido no processo de avaliação”	E3	3	3
	Cuidar de doentes em simultâneo		“... e ter que desenvolver (também) todo o meu trabalho normalmente”	E5	2	2
	Medo de falhar		“o medo era mais no sentido de não conseguir ajudar o aluno a estar preparado para essa metodologia.”	E9	2	2

“Não é fácil. . . é preciso estar muito próximo dos alunos para que eles tenham mais segurança nas suas práticas e confiarem muito no orientador. É uma parte muito importante na relação ... enquanto estão no estágio. É muito importante estabelecer uma relação...porque o estágio é curto.” (E1)

“Estabelecer a relação...porque há alunos que ou que são mais fechados, ou porque os feitios são diferentes e podem não ser muito compatíveis, e por vezes não é fácil, em termos pessoais, ver até onde é que eu consigo chegar, ver até onde é que eu o consigo ajudar mas, principalmente em termos pessoais, o que tem sido mais complicado é

conseguir chegar ao aluno, conseguir fazer com que o aluno confie em mim.” (E6)

A **ausência de interação com a escola** e **cuidar de doentes em simultâneo** são duas das categorias encontradas, neste domínio, que reuniram duas UE cada uma, sendo as seguintes UR exemplificativas das mesmas, respetivamente:

“A maior dificuldade é a ausência de interação com a escola, com os professores; temos pouca informação de saber a que nível de aprendizagem estão os alunos e até onde é que podemos trabalhar com eles, o que faz com que nós contemos basicamente com os objetivos que a escola traçou para o estagio deles e pouco mais...” (E10)

“Nós, com um aluno, temos que dar muito mais e fazer as coisas com muito mais calma... Até porque nós sabemos que os serviços estão com os enfermeiros pelas pontas e depois ter um aluno às vezes vem complicar mais a nossa vida...”(E4)

Cumprir objetivos e **o medo de falhar** são outras das categorias identificadas como dificuldades e foram referidas duas vezes, por 20% dos participantes, cada uma; são exemplos dessas categorias as UR que seguem:

“ E aquelas primeiras duas semanas ... é sempre um atropelo para os alunos porque acham que não conseguem alcançar os objetivos a que se propõem durante o ensino clínico. E depois há ali da parte do orientador um esforço enorme para tranquilizar o aluno, o estudante, porque eles pensam que não vão conseguir, porque as dinâmicas dos serviços são diferentes umas das outras e eles pensam que não vão conseguir sequer alcançar os objetivos do estágio.” (E1)

“E será que nós estaremos preparados para conseguir dissipar essas mesmas dificuldades? Estas são as questões que eu me coloco e as dificuldades que eu apresento e tenho sempre alguns receios quando estou a integrar e a orientar um aluno em estágio, será que estarei eu próprio preparado para enfrentar essa situação e essa é a minha maior dificuldade.” (A8)

Por último surge a **avaliação**, como uma dificuldade referida pelos participantes, categoria que reuniu três EU (30% dos participantes) com três UR, de que são exemplo:

“Há uma grelha já estipulada pela escola, não é... à partida o aluno tem que atingir determinados objetivos, que são muito gerais, são muito amplos, e muitas vezes ninguém percebe muito bem o que é que está a ser avaliado, há essa dificuldade.” (E5)

“E depois há sempre um peso de que no final vamos ter que fazer sempre uma avaliação. Será que estamos por vezes a ser justos nessa avaliação? Será que a gente se apercebe de todas as dificuldades que alunos nos apresentam durante o estágio?” (E8)

No domínio **formação específica em supervisão**, as categorias e subcategorias identificadas estão evidenciadas no Quadro V.

Pela observação do quadro, verifica-se que a larga maioria dos participantes, 80%, considera a **formação específica em supervisão de relevância fundamental** com 10 UR; as seguintes UR ilustram a categoria:

“Não me cabe a mim fazer essa avaliação, mas os orientadores dentro da instituição deveriam ter essa formação.” (E1)

“Embora me sinta por vezes assim como, e isso já é uma maneira de nós estarmos aqui a falar, e como é querer que a gente responda a alguns requisitos, sem formação em supervisão?” (E8)

“Hoje em dia, sim... os enfermeiros não estão preparados para orientar atualmente os estudantes de enfermagem; e temos que nos aproximar das escolas e da própria teoria que é da supervisão clínica em enfermagem, para percebermos um pouco o que é este novo conceito, que em Portugal agora está a ser agora mais explorado.”(E5)

“Eu acho que sim, acho que devia haver formação. Acho que em supervisão, no saber estar com eles, saber orientar, habilidades pessoais para formar enfermeiros, para saber estar com eles. Eu acho que sim que era benéfico, tanto para os enfermeiros que estão a orientar como para os alunos que são orientados.” (E7)

QUADRO V – Opiniões dos orientadores sobre a formação específica para a supervisão

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. I. UE
Formação específica em supervisão	Relevância	Fundamental	<i>“Uma pessoa com formação em supervisão teria uma maior facilidade em desenvolver todo o processo.”</i>	E10	10	8
		Secundária	<i>“há muita gente que faz a formação mas depois a nível da prática não se nota essa formação. Não basta ter a formação, tem que se gostar e tem que se dar muito de nós.”</i>	E4	2	2
	Responsabilidade pela formação	Escola	<i>“. . . Essa formação deveria ser da escola, cada escola tem modelos diferentes de ensino e tem planos de estudos diferentes”</i>	E4	6	6
		Organização de saúde	<i>“Eu acho que a organização deveria ter formadores... se querem realmente ter cá os alunos . . . que a escola os deixe aqui”</i>	E2	1	1
		Enfermeiro Orientador	<i>“Seria até, a responsabilidade . . . seria mais do enfermeiro orientador”</i>	E6	1	1
		Todos	<i>“À partida ... das três partes, tanto das organizações como da escola, como dos enfermeiros que tencionam e que tem gosto por praticar supervisão”</i>	E5	2	2
	Formação dos orientadores	Alguns têm formação	<i>“. . . estão mais dois enfermeiros, a terminar também a pós graduação em supervisão”</i>	E5	4	4
		Desconhece	<i>“Penso que se algum enfermeiro tem essa formação... não sei”.</i>	E10	1	1
		Sem formação	<i>“Os enfermeiros, a nível da experiência profissional, têm-na, penso que sim, agora formação específica para a orientação, penso neste momento não têm.”</i>	E8	5	5

Nesta categoria, surgiram ainda duas UE referindo-a como de **relevância secundária**, como fica evidente na UR seguinte:

“... Eu também nunca frequentei uma formação em supervisão de alunos em estágio... Não sei propriamente como é, os conhecimentos que serão transmitidos e o que é que se exige da pessoa no final. Também nós ao longo destes anos a orientar alunos da mesma escola, acabamos por saber aquilo que a escola e os docentes pretendem de nós.” (E9)

Na questão colocada, que deu origem à categoria **responsabilidade pela formação**, pretendemos saber as opiniões dos participantes sobre de quem seria a responsabilidade pela formação dos orientadores, em supervisão, sendo que a maioria, 60% dos participantes, considera que essa responsabilidade deveria ser da **escola**. Esta opinião está evidente nas seguintes UR ilustradoras da subcategoria:

“No entanto acho que os principais interessados são a escolas e, portanto, deveriam ser eles a proporcionar... a formação em supervisão (E5)

“Se calhar, em primeira instância, a escola.” (E9)

“Eu acho que deveria ser da responsabilidade da escola, seria se calhar a forma mais ágil de todo o processo, seria a escola, realmente, formar elementos em supervisão a funcionar como os seus elos de ligação junto dos campos de estágio, na parte prática do curso em si.” (E10)

“A responsabilidade por essa formação... para mim isso é muito complexo, porque deveria ser da escola... a escola deveria responsabilizar-se por essa formação, seria importante . Valorizava muito mais o campo de estágio, o orientador também se sentiria muito mais protegido, e as suas competências fossem mais valorizadas, talvez...” (E1)

As subcategorias **organização de saúde e enfermeiro orientador** obtiveram uma EU cada, veiculando duas diferentes opiniões sobre a responsabilidade pela formação em supervisão, divididas entre ser atribuída à organização de saúde ou ao enfermeiro orientador, como evidenciam as UR expressas no **Quadro V**.

Dois participantes, 20% do total, consideraram que a responsabilidade é de todos os intervenientes no processo, como fica ilustrado no exemplo da UR seguinte, obtida naquela subcategoria:

“Eu acho que todos em conjunto. Porque no fim todos são responsáveis pela formação dos enfermeiros. Porque são as escolas que têm a responsabilidade, são as instituições que abrem as portas aos alunos, não é, e são os enfermeiros que ficam responsáveis... eu acho que toda a gente tem uma quota de responsabilidade. Eu acho que em conjunto seria o ideal.” (E7)

Questionados sobre se os enfermeiros que orientam alunos têm formação em supervisão, a categoria **formação dos orientadores** obteve respostas que deram origem às subcategorias **sem formação, alguns têm formação e desconhece**.

Metade (50%) dos participantes, cinco EU, são da opinião que os enfermeiros orientadores não têm formação em supervisão, recolhendo a subcategoria **sem formação**, cinco UR, de que são exemplo:

“Na minha opinião, não têm a formação necessária.” (E2).

“Os enfermeiros não estão preparados para orientar atualmente os estudantes de enfermagem.” (E5)

Alguns têm formação foi uma subcategoria que emergiu das respostas dos inquiridos, obtendo quatro EU e quatro UR. Dois exemplos dessas UR:

“Sim, existem enfermeiros que têm formação para o fazer. Fizeram um investimento e têm formação para o fazer. Nem todos têm formação para orientar alunos, alguns têm...”(E3)

“Eu acho que nesta casa há pessoas com formação, para... acompanhar os alunos.” (E4)

Um participante **desconhece** se os enfermeiros orientadores têm formação em supervisão, conforme a UR que pode ser observada no Quadro V.

7.3.As perspetivas dos participantes sobre a prática da organização dos ensinamentos clínicos e sobre a participação dos atores

A forma como a **organização dos ensinamentos clínicos** se processa foi o domínio do objeto de estudo, tendo sido identificadas, nos discursos dos participantes, duas

categorias, **bem organizados** e **poderia melhorar**, como fica evidenciado no Quadro VI.

QUADRO VI – Opiniões dos orientadores sobre a forma de organização dos ensinos clínicos em Enfermagem

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Organização dos Ensinos Clínicos	Bem organizados		<i>“... penso que as coisas têm funcionado bem”</i>	E3	1	1
	Poderia melhorar	Com envolvimento dos orientadores	<i>“... em termos de organização, acho que os professores deveriam vir mais junto dos profissionais se querem, e se desejam, a colaboração...”.</i>	E10	7	6
		Com envolvimento dos alunos	<i>“... muitas vezes vê-se uma certa instabilidade nos alunos por não conhecerem o orientador”</i>	E1	3	3
		Com mudança Plano Curso	<i>“Neste momento acho que (os cursos) estão mal estruturados a nível do programa dos 4 anos da licenciatura”</i>	E5	7	6

A categoria **bem organizados** emergiu da opinião de um participante, cuja UR pode ser observada no Quadro VI, sendo que a larga maioria dos participantes é da opinião de que **poderia melhorar**.

No que diz respeito à categoria **poderia melhorar**, surgiu a necessidade de organizar as respostas nas subcategorias emergentes dos discursos, **com envolvimento dos orientadores, com envolvimento dos alunos e com mudança do plano de curso**.

A opinião de que a organização dos ensinos clínicos **poderia melhorar com envolvimento dos orientadores**, surgiu em seis participantes, 60%, com sete UR, das quais apresentamos alguns exemplos:

“Acho que os orientadores deveriam ser convocados com antecedência para poderem preparar... o desempenho.” (E1)

“Depois os serviços, os serviços... é conforme o plano. Os enfermeiros orientadores, o chefe manda e eles recebem os alunos ...” (E7)

“Os alunos chegam-nos... penso que são estabelecidos contactos com as instituições com os serviços em que vão ter dois, três alunos no serviço, conforme a disponibilidade e a capacidade do serviço responder a esses campos de estágio, mas de resto nós não temos qualquer papel.” (E8)

“Sim, eu já tive situações em que eu estive a orientar alunos e me foi comunicado antes, outras vezes - olhe, hoje vai ficar responsável por este aluno – não pode funcionar assim. Nem sempre houve reuniões prévias com os professores da escola....Nem sempre.” (E9)

Que **poderia melhorar com envolvimento dos alunos** encontrámos três UR correspondentes a três participantes, de que é exemplo a seguinte UR:

“Depois ... os alunos deveriam ter uma preparação para saber como é a instituição, como funciona o serviço para onde vão, nem que fosse em termos gerais, saber o tipo de população que atendem, o tipo de patologias que podem encontrar, o tipo de cuidados a prestar, de forma a poderem orientar também a sua formação.” (E10)

Seis participantes, 60%, são da opinião de que a organização dos ensinamentos clínicos **poderia melhorar com mudança do plano curso**, tendo sido encontradas sete UR. Alguns exemplos:

“Hoje os conteúdos são muito exigentes e se calhar os alunos não chegam a estar no serviço, ou no estágio o tempo necessário para que a aprendizagem do que é a enfermagem ou a prática de enfermagem.” (E1)

“Depende muito das escolas, da forma como algumas escolas organizam. . . chegam-nos aqui no quarto ano, daí por um mês são enfermeiros e não conseguem desempenhar o seu papel; ...os alunos de enfermagem não estão a beneficiar do modelo que há nas escolas,

os planos de estudos das escolas; tem a ver com o plano de estudos... “
(E4)

“Neste momento acho que estão mal estruturados a nível do programa dos quatro anos da licenciatura. Os estágios aparecem apenas (agora) no terceiro ano e isto o que leva é a um esquecimento ... faz com que os estudantes cheguem a um campo de estágio e tenham défices muito acentuados de teoria, portanto os estágios deveriam ser mais anteriores, no primeiro, segundo ano. Depois da teoria fazer logo a prática.” (E5)

No que diz respeito ao domínio da **intervenção dos atores no planeamento e avaliação dos ensinamentos clínicos** a **mediação** surge, na opinião dos orientadores, como inexistente, na categoria **não há mediação**, ou visível de algum modo, com as UR organizadas em torno da categoria **há alguma mediação** (ver QUADRO VII).

Mediação é aqui entendida como o processo de comunicação, que visa a facilitação do diálogo entre as partes, para que melhor administrem seus problemas e consigam, por si só, alcançar uma solução. Envolve uma gestão cuidada de eventuais conflitos de forma que nenhuma das partes envolvidas seja prejudicada.

QUADRO VII – Opiniões dos orientadores sobre a intervenção dos atores no planeamento e avaliação dos ensinamentos clínicos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Intervenção dos atores no planeamento e avaliação dos EC	Há alguma mediação		<i>“penso que (os alunos) acabam por poder escolher determinada área para fazer o seu ensino clínico e tentam conseguir; tentam falar isso junto dos docentes da escola e fazer o ensino clínico nessa área”</i>	E3	3	3
	Não há mediação		<i>“os enfermeiros. . . não foram questionados sobre a forma de poderem colaborar ou intervir em termos do planeamento”</i>	E10	7	7

Com a categoria **há alguma mediação** os participantes assumem que ela se evidencia pela possibilidade de participação na escolha, pelos alunos, dos campos de prática, com três EU e três UR. Um exemplo:

“ As pessoas escolhem dentro desses campos de estágio, distribuem-se por esses campos de estágio, e depois é feita toda uma preparação a nível da escola, e eles sabem por onde estão distribuídos.” (E9)

Contudo a maioria dos participantes, 70%, consideram não ser evidente o processo de mediação, tendo a categoria não há mediação obtido sete UR:

“Eu acho que eles (docentes) não intervêm muito porque acho que já está tudo estabelecido a nível das escolas, já está instituído e acho que se está instituído, é como ...cumpra-se!” (E1)

“Não intervêm (os diferentes atores), há apenas neste caso a escola como responsável.” (E2)

“Nem mesmo temos a presença física de um docente a tentar perceber como é que o ensino clínico está a decorrer, se existem problemas, se o aluno está com dificuldades, não, muitas das vezes as coisas acontecem, nós vamos tentando resolver e solucionar os problemas e a escola não está presente.” (E3)

“A escola tem um plano de estudos, que nós nas organizações não conhecemos muito bem; depois temos alguma autonomia também para programar o estágio, para estipular um método de trabalho e nisso à partida as escolas não interferem... no ensino clínico propriamente dito.” (E5)

Questionados e levados a manifestar-se sobre se houve **mudanças recentes organização de ensinamentos clínicos**, os participantes foram de opinião quase unânime de que **houve mudanças**, tendo as mudanças sido agrupadas nas subcategorias **relacionadas com a escola**, com seis EU e sete UR, e **relacionadas com o plano de curso**, com nove EU e nove UR. Apenas um participante referiu que **não houve mudanças**. Estes resultados podem ser observados no Quadro VIII.

QUADRO VIII – Opiniões dos orientadores sobre as mudanças recentes na organização dos ensinos clínicos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Mudanças recentes na organização EC	Não houve mudanças		<i>“O manual tem sido praticamente o mesmo ao longo deste tempo que eu oriento alunos. . não vejo grandes alterações”.</i>	E10	1	1
	Houve mudanças	Relacionadas com a Escola	<i>“Os docentes já estiveram mais no hospital... muito mais! Eles estavam presentes. A presença deles era... não sei, se calhar a 70% ou mais”</i>	E1	7	6
		Relacionadas com o Plano do Curso	<i>“As mudanças tiveram a ver com toda a reestruturação do curso de enfermagem, com o processo de Bolonha”</i>	E2	9	9

São exemplos das UR das **mudanças relacionadas com a escola**:

“Eu acredito que cada vez mais eles estão a tirar mais meios (à escola) às pessoas, mesmo financeiros e não pagam deslocações, eles próprios dizem, não pagam o acompanhamento que se possa fazer e os professores afastam-se. É normal, eu acredito perfeitamente que isso possa acontecer, mas isso prejudica os alunos, sem dúvida...” (E2)

“Os alunos ficam entregues aos serviços, cada vez mais, cada vez mais...Então neste último estágio que acompanhei, conheci a professora no final... e eu estive sempre disponível.” (E2)

“Há muitas diferenças, não há tanto rigor como havia, a nível relacional e de postura não há rigor acabamos por ser nós, hoje em dia nas organizações, a tomar essa parte da educação e da postura e do rigor que deve ter a profissão e mesmo enquanto pessoas... porque nas escolas não transmitem muito esses conceitos esse deveres.” (E5)

E exemplos de UR **relacionadas com o plano de curso**:

“Anteriormente vinham para estágio após cada semestre de lecionado na escola, entretanto isso agora já não vai acontecendo, eles vêm para estágio, para o ensino clínico após a sua formação teórica toda e depois têm o ensino clínico mais no final do curso.” (E3)

“Tem mudado, tem mudado, ... e a história de Bolonha, depois já não é Bolonha e depois andarem ali com os planos de estudos às voltas ... mas tem mudado, tem mudado e a razão é essa. Infelizmente acho que tem mudado e não para melhor.” (E4)

“Desde que oriento alunos já houve muitas mudanças. Inicialmente o papel da escola era mais ativo nas primeiras orientações que fiz, se calhar os professores eram mais presentes nos campos de estágio.” (E8)

“Como entretanto houve alterações ao nível dos cursos, no planeamento e na forma ... a própria organização por parte da escola, poderá estar definida assim. À partida será assim, não é porque o professor... esteja estipulado vir e não venha. Não é isso, é mesmo a estrutura do curso que foi reorganizada assim.” (E9)

7.4 Relação entre a teoria e a prática

Dentro desta área temática, começámos por obter as opiniões dos participantes no domínio **nível dos conhecimentos teóricos dos alunos antes dos ensinamentos clínicos**. As respostas obtidas foram agrupadas em três categorias, **razoável, deficitário e variável**, conforme pode ser observado no Quadro IX.

A categoria **razoável**, indicando que é esta a opinião sobre o nível de conhecimentos teóricos dos alunos, foi referida por 40% dos participantes, com quatro EU e quatro UR, de que são exemplos:

“Isso também depende um pouco do ano letivo em que estão e do processo de aprendizagem em que estão, mas penso que... vêm razoavelmente preparados.” (A10)

“Se um aluno vai para um campo de estágio, principalmente prático, tem que estar já pré avaliado na sua formação teórica, então está preparado para fazer o campo de estágio, logo tem que ter os conhecimentos teóricos necessários.” (E8).

QUADRO IX – Opiniões dos orientadores sobre o nível dos conhecimentos teóricos dos alunos antes dos ensinamentos clínicos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Nível dos conhecimentos teóricos dos alunos	Razoável		<i>“Há alunos que sim, há alunos que sim que têm bons conhecimentos e um bom aporte teórico”</i>	E5	4	4
	Deficitário		<i>“... muitas vezes vê-se uma certa insegurança ... por terem ... os conhecimentos serem mais fracos”</i>	E1	6	5
	Variável		<i>“São muito vastos e pouco específicos, acho que são muito vastos mas depois na especificidade não ... São muito gerais e pouco específicos.”</i>	E3	5	5

O nível dos conhecimentos teóricos dos alunos foi considerado **deficitário** por 50% dos participantes, tendo a categoria obtido seis UR; exemplos:

“Muito fracos, a maior parte deles, fracos. A maior parte dos alunos não consegue fazer o raciocínio daquilo que aprendeu na escola e.... depois na prática, precisamos puxar por eles... acho que poderiam ser mais puxados, a nível teórico, na escola.” (E4)

“Eu não posso dizer que não tenham conhecimentos porque têm que... ter conhecimentos teóricos, mas até se conseguirem adaptar, ajustar a teoria à prática... às vezes fica assim um pouco aquém... Faz-se uma pergunta a um aluno e ele fica um pouco embaraçado,... a resposta que dá não é uma resposta científica, muitas vezes não consegue ligar a teoria a prática, não consegue.” (E1)

“Anteriormente estavam mais bem preparados e agora não, ... acho que agora vêm mais mal preparados do que anteriormente. Quando tinham mais ensinamentos clínicos vinham com mais conhecimento da realidade.” (E6)

E por último, o nível de conhecimentos teóricos dos alunos, foi também considerado **variável** por metade dos participantes, tendo a categoria obtido cinco UR, de que são exemplos as seguintes:

“Eu penso que varia um pouco de aluno para aluno, existem alunos que trazem bastantes conhecimentos teóricos, que se nota que fazem um investimento ao longo do ensino clínico... Existem depois outros alunos que não têm tantos conhecimentos e... acho que coexistem essas duas facetas nos alunos que temos encontrado.” (E3)

“De uma forma geral são bons, onde eu acho mais falhas é na parte da farmacologia. Não tanto a nível das patologias, das anatomias, mas na farmacologia acho que vêm um bocadinho fracos... “ (E9)

O que verbalizam os alunos sobre a sua própria preparação teórica é o domínio seguinte e as respostas dos participantes organizam-se em torno de duas categorias: **confiam na sua preparação** e **não confiam na sua preparação**. A forma como as respostas se agrupam em torno destas categorias pode ser observada no Quadro X.

QUADRO X – Opiniões dos orientadores sobre o que verbalizam os alunos sobre a sua própria preparação teórica

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
O que verbalizam os alunos	Confiam na sua preparação		<i>“Há alunos que chegam e pensam que vêm preparadíssimos e que sabem tudo. . . “</i>	E5	4	4
	Não confiam na sua preparação		<i>“Eles próprios sentem-se mal preparados, sentem que não sabem nada . . . como nós nos sentíamos, na altura. . . “</i>	E2	6	6

Mais de metade dos participantes (60%) tem a opinião de que os alunos verbalizam e **não confiam na sua preparação** teórica; ~~consequentes~~ obtivemos seis EU e seis UR, de que são exemplos:

“Eles vêm muito preocupados em não saberem tudo, mas ninguém sabe tudo, isto exige é um estudo diário.” (E3)

“Isso é a parte má, eles chegam ao estágio com a noção de que têm conhecimentos muito rudimentares, ou conhecimentos muito básicos acerca da prática de enfermagem ou seja, tem consciência disso, no entanto também não fizeram nada para colmatar essa lacuna que apresentam na formação teórica... podiam ser mais pró ativos e não são”.(E8)

A categoria **confiam na sua preparação** obteve quatro EU e quatro UR, indicando a opinião dos participantes acerca da confiança que os alunos têm na sua própria preparação teórica. Exemplos das UR obtidas:

“Acho que pensam que são médios, porque eles acabam sempre por investir... em adquirir mais conhecimentos; acho que têm a noção de que são médios...e que têm que realmente investir. A experiência que eu tenho é que eles aceitam que têm que estudar mais.” (E7)

“Os alunos chegam cá e acham que vêm preparados, teoricamente.” (E10)

“Eles sentem-se muito seguros, eles dizem que na teoria são muito bons alunos e que estudam muito, e que estão muito empenhados em adquirir os conhecimentos.” (E1).

Quanto ao domínio **preocupação da escola com a articulação teoria/prática**, agrupámos as opiniões dos participantes em torno de quatro categorias conforme evidenciado no Quadro XI.

Na opinião de 30% dos participantes a escola **preocupa-se**, categoria que obteve três UR. Exemplos de UR:

“Sim, é uma preocupação da escola e nota-se essa preocupação sobretudo no ensino clínico do 3º ano (primeiro), porque o professor está mais presente e acaba por questionar os alunos em relação aos doentes, nota-se essa preocupação.” (E6)

“Em termos dos conhecimentos teóricos acho que as escolas, aquelas duas das quais nós recebemos mais alunos, têm uma certa preocupação em preparar os alunos nos conhecimentos mínimos.” (E10)

QUADRO XI – Opiniões dos orientadores sobre se a articulação teoria/prática é uma preocupação da escola

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Preocupação da escola com a articulação teoria/prática	Preocupa-se		<i>Acho que sim, acho que há uma preocupação nesse sentido</i>	E7	3	3
	Preocupa-se mas não o suficiente		<i>Sim, (acredito) acaba por fazer parte de uma das preocupações da escola, mas. . . depois eles (professores) não estão lá! . . . “</i>	E5	2	1
	Não se preocupa		<i>“Aos alunos faltam-lhes muitos conhecimentos sobre a organização do trabalho de enfermagem. . . deveriam vir para os campos de estágio melhor preparados. . . “</i>	E10	3	3
	Desconhece		<i>“É difícil responder a essa pergunta. . . não é fácil avaliar”</i>	E3	3	3

Preocupa-se mas não o suficiente, categoria que obteve duas UR, sendo referenciada por 10% dos participantes.

“Um dos exemplos que agora me lembro é o da algaliação em que os recentes estudos já não preconizam a utilização da iodopovidona na desinfeção e ... a escola ainda ensina esse procedimento; nós aqui na organização, já há uns 4-5 anos que não temos essa prática e passados 5 anos ainda aparecem alunos a quererem fazer algaliações com iodopovidona, trazem o procedimento escrito. Acabam por estar a ensinar algo que ... a organização de referência não faz.” (E5)

Não se preocupa, foi a opinião de 30% dos participantes, tendo reunido esta categoria três UR. Exemplo de UR:

“Eu acho que não, eu acho que a escola se deveria preocupar mais; às vezes há algumas divergências, a nível daquilo que fazemos aqui e a nível daquilo que eles (alunos) dizem que a escola preconiza.” (E4)

Desconhece, categoria que obteve três UR, sendo referenciada por 30% dos participantes. Exemplo de uma UR:

“É difícil responder a essa pergunta (se a escola se preocupa com a relação teoria/prática). . . eles (escola) em relação à avaliação do aluno têm aqueles itens que são os das competências e pouco mais... não é fácil avaliar”. (E1)

Quanto às **estratégias utilizadas** pelos participantes no processo de supervisão de alunos, visando articular a teoria com a prática, as escolhas dos nossos respondentes distribuem-se por várias categorias, que podem ser observadas no Quadro XII.

A categoria **auto supervisão** foi a escolha de 70% dos participantes, com sete UR, das quais destacamos:

“Eles (alunos) quando estão comigo, aquilo que eu tento ensinar-lhes sempre é a pensar.” (E2)

“Tento sempre que eles não se esqueçam de que estamos a prestar cuidados ao utente e temos que saber porquê; temos que prestar cuidados e perceber porque é que os estamos a prestar. . . tento sempre que eles percebam isso como a chave do estágio... estamos a lidar com pessoas, não com objetos... eu acho que é principalmente isso.”(E3)

“Uma estratégia que eu adotei foi pedir semanalmente uma reflexão sobre o ensino clínico e isso ajuda bastante porque, nessa reflexão, peço para eles dizerem o que sentiram nessa semana ou quais as dificuldades que sentiram , onde é que se sentiram melhor e isso ajuda-me... a caminhar melhor e a perceber-los melhor.” (E6)

“Pensar, pensar antes de fazer! ...refletir com eles (alunos) antes de fazer e pensar , porque acho que às vezes eles fazem as coisas muito sem pensar. Por vezes, mesmo depois das coisas estarem feitas, se voltássemos atrás, se calhar não faríamos bem assim ... e eu vejo isso na minha vida profissional e se calhar certas coisas que fiz aqui há uns anos atrás, hoje não as faço, porque sei lá vejo as coisas de outra maneira, uma pessoa adquire outra maturidade, refletindo, e há coisas que uma pessoa vai vivendo de outra forma... “(E7)

QUADRO XII – Opiniões dos orientadores sobre as estratégias que utilizam para a articulação teoria/prática

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Estratégias utilizadas	Auto supervisão		<i>“Muitas, muitas vezes, mesmo, depois de as coisas estarem feitas, nós temos sempre tempo para refletir, analisar...”</i>	E10	7	7
	Autonomia progressiva		<i>“Passa por lhe (ao aluno) apresentar... estratégias no início do estágio e depois (faço) um acompanhamento não tão formal durante o estágio, porque eu gosto que o próprio aluno se sinta à vontade, não se sinta só como um avaliado durante a orientação do estágio...”</i>	E8	3	3
	Demonstração		<i>“Aplico-as eu, primeiro. . . nos primeiros dias tento ser eu o modelo deles, demonstro como se faz... exemplifico.”</i>	E5	6	5
	Estudo e pesquisa orientada		<i>“... se (os alunos) não dão resposta faço questão de pedir que procurem, que pesquisem, para terem a resposta no dia a seguir...”</i>	E6	5	5
	Avaliação formativa		<i>“... gosto e faço sempre uma avaliação (intermédia), de forma a saber o que é que o aluno precisa, ou no que é que se sente menos à vontade, ou no que é que ele acha que deve melhorar, e depois na minha opinião sobre aquilo que ele deve procurar melhorar mais...”</i>	E10	3	3
	Perguntas pedagógicas		<i>eu pessoalmente, vou perguntando então agora vê lá como é que é isto. o que é que podes dar, que é que vais fazer a seguir, o que é que podes fazer a seguir; olha e então e a família do doente, como é? E irmos sempre tentando fazer a ligação, pondo-os a pensar, a refletir. “</i>	E4	3	3
	Participação formação em serviço	Sim	<i>“sim! É preciso ... eles (alunos) às vezes participam por sua iniciativa... assistem sim, mostram-se interessados.”</i>	E1	10	10

Quanto à **autonomia progressiva**, foi a categoria selecionada, no discurso produzido, por três participantes (30%), ilustrada pelas seguintes duas UR, retiradas de um total de três:

“Incentivá-los a fazer, dizer vá agora estás cá há dois dias, ou uma semana ou duas como é que é?, já viste?, e agora começa a pouco e pouco ... irem eles fazendo e depois ir incentivando, já fizeste, olha, então o que vamos fazer a seguir, então o que é que falta e para eles também comecem a refletir e serem autónomos.” (E4)

“Se têm dificuldade e não conseguem estabelecer facilmente uma relação com o doente, o que é necessário é mesmo falar com as pessoas, porque só falando é que vão conseguindo construir essa capacidade. A nível das competências técnicas, também já tive situações em que tive alunos com mais dificuldade uns que outros e a forma que costumo utilizar para as pessoas se conseguirem desenvolver, é fazer, e fazer, e fazer, e tornar a fazer.”(E9)

A **demonstração** foi a estratégia utilizada para articular a teoria com a prática, que emergiu do discurso de 50% dos participantes, reunindo seis UR, das quais são exemplo as seguintes:

“Sou um pouco exigente, sempre... gosto muito de explicar e estar muito próximo do aluno, sou um pouco exigente nesse aspeto,... eu gosto de estar junto do aluno ...vou-lhe dizendo, isso é importante, vou-lhe chamando mais a atenção , faço para ele ver, valorizo o trabalho do aluno...” (E1)

“Mostro como se faz e depois então sim dar-lhe o espaço necessário para ele desenvolver também os conhecimentos... teóricos e práticos e isso faço-o não tendo nenhuma estratégia totalmente definida; vou vendo conforme as capacidades que os alunos vão apresentando, das dificuldades que eles vão apresentando e vou monitorizando... Conforme o que eles me forem também transmitindo... eu vou interagindo com eles.” (E7)

“Primeiro mostro como se faz, e oriento no sentido do aluno ir observando, agora este ponto, depois esta atitude, observando a forma como se faz.” (E10)

A categoria **estudo e pesquisa orientada** emergiu das opiniões de metade dos participantes, neste domínio. Ilustrámos esta escolha com as seguintes UR, de um total de cinco:

“Eu oriento-os para eles consultarem os protocolos do serviço para quando têm um doente com uma determinada patologia poderem adaptar a teoria, o que aprenderam, à prática...” (E1)

“Para facilitar é sempre a revisão de literatura, o estudo/pesquisa orientada; tento disponibilizar artigos ou estudos mais recentes de maneira a provar que aquilo que eu estou a executar e a explicar não é ideia minha, há estudos ... pode ser estranho aprendermos uma coisa e quando chegamos à prática vemos que muitas vezes não é igual e então, basicamente, é a revisão da literatura e explicar porque é que se faz assim, porque se há mudanças nos procedimentos, por algum motivo é.” (E5)

As categorias **perguntas pedagógicas** e **avaliação formativa** foram as estratégias escolhidas por 30% dos participantes e reuniram, cada uma, três UR de que são exemplos as UR que se seguem, respetivamente:

“Passo a perguntar-lhes a opinião sobre o que fariam perante aquela situação que temos naquele momento, para depois mais tarde esperar que sejam eles a organizar o trabalho que temos.” (E10)

“Olho para a grelha de avaliação no início e tenho por norma fazer a meio do estágio, uma avaliação com a grelha de avaliação, discutida com o aluno e com o orientador, se não transmite depois a informação depois olha, fizemos a avaliação intermédia neste ponto, neste e neste, poderá melhorar a avaliação.” (E4)

Quando questionados se os alunos costumavam **participar na formação em serviço**, 100% dos orientadores responderam afirmativamente, tendo dois deles acrescentado que, por vezes, os alunos participam como formadores. Das 10 UR, seleccionámos as seguintes, que ilustram esta categoria:

“Sim! É preciso. (E1)

“Sim, todos os alunos que eu tive fizeram formação em serviço, enquanto formadores, sempre comigo a orientar, mas sempre fizeram

formação em serviço; e enquanto formandos, participam quando há!”
(E2)

“Sim participam... até lhes facilita, muitas vezes, a aprendizagem...” (E3)

“Sim participam enquanto formandos. Se houver tempo para poderem fazer eles uma formação, apresentar um trabalho, enquanto formadores, muito bem, mas os ensinamentos clínicos são cada vez mais reduzidos em tempo, portanto isso está-se a tornar difícil.” (E6)

7.5 Desenvolvimento de aprendizagens em ensino clínico – Dimensões mais valorizadas

Dentro desta área temática, começámos por obter as opiniões dos participantes no domínio **competências valorizadas pelos orientadores**. As respostas obtidas foram agrupadas em torno de quatro categorias, emergentes dos discursos, conforme pode ser observado no Quadro XIII.

A categoria referente às **competências reflexivas** foi referenciada por três participantes, obtendo três UR. São exemplos dessas UR:

“Acho que é aquilo que eu mais peço, quando vêm para o estágio, é para refletirem, antes de fazerem as coisas refletirem e terem responsabilidade naquilo que fazem, pensar no porquê o fazem, quando e com que fins o fazem.” (E7)

A categoria **competências comunicacionais /Interpessoais** reuniu nove UR relativas a uma larga maioria dos participantes (90%), tornando-se nas categorias mais valorizadas. São exemplos ilustrativos as seguintes UR:

“Os aspetos que mais valorizo, o que é mais importante para mim é a relação que o aluno estabelece com o utente, aquela relação empática, o estar junto do doente, eu isso valorizo bastante, é aí que mostra muito mais o seu saber, muito mais as competências a nível do saber ouvir e desempenhar a prática do cuidar ... saber as necessidades da pessoa que ali está e ...para mim é o mais importante”. (E1)

QUADRO XIII – Opiniões dos orientadores sobre as valorizações atribuídas às competências a desenvolver em ensinos clínicos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Competências valorizadas pelos orientadores	Competências reflexivas		<i>“... se puser um auxiliar a algaliar todo o dia, ele ao fim do dia é mestre, é perito. Portanto, isso não me interessa, interessa-me é que eles pensem no que estão a fazer, cá está, é a reflexão, pensamento. . .”</i>	E2	3	3
	Competências comunicacionais/ interpessoais		<i>“... conseguir uma boa relação, não só com o utente mas também com os colegas e com as equipas multidisciplinares, porque no hospital temos . . . diferentes profissionais que trabalham em conjunto e temos que saber também interagir uns com os outros.”</i>	E8	9	9
	Competências Técnicas /cognitivas		<i>“... a organização do seu trabalho e de tudo o que diz respeito ao processo do cuidar em enfermagem, conseguir organizar e priorizar os cuidados que tem à sua responsabilidade, é o que mais valorizo no crescimento do aluno. . .”</i>	E10	7	7
	Competências atitudinais/ comportamentais		<i>“... é essencialmente isso em primeiro lugar o saber estar, saber ser enfermeiro. . .”</i>	E4	7	7

“O que mais valorizo, é o relacionamento pessoal com o doente e família que eles têm que saber que é fundamental; a destreza manual aprende-se, pratica-se, aliás. . . a interação que eles têm que ter com a pessoa e família, isso para mim é fundamental.” (E2)

“Eles vêm muito técnicos, muito só para a técnica, e nós na enfermagem se calhar a técnica é o que menos importa no meio de tudo, tem que ser bem-feita, é óbvio que tem, mas todo o ambiente, toda a relação que a gente estabelece com o doente... valorizo muito a relação com o doente.” (E4)

“As competências relacionais” (E9)

A categoria **competências técnicas/cognitivas** reuniu sete UR relativas a uma maioria dos participantes (70%), tornando-se uma categoria das mais valorizadas. São exemplos ilustrativos as seguintes UR:

“A nível do serviço, o que tento sempre é que um aluno que faça um estágio aqui pratique o máximo, embora nem sempre seja muito possível, hoje em dia as turmas são muito extensas e podemos ter 5-6 alunos ao mesmo tempo, e isso é complicado, mas tenta-se sempre que eles tenham um máximo de experiências, quanto mais vezes, melhor, sempre para tentar melhorar.” (E5)

“Depois as técnicas e os conhecimentos teóricos, tudo ali no mesmo patamar.”(E4)

“ Valorizo a parte técnica e a prática. Sim é aquilo que eu tento batalhar mais porque é aquela que apresenta mais lacunas hoje em dia, porque não trazem mesmo prática nenhuma da escola.” (E5)

“Mas depois se não for bom na prática, a nível técnico, também não é um bom aluno.”(E9)

Por último a categoria **competências atitudinais /comportamentais** a surgir também como uma das mais evidenciadas, com sete UE (70%) e sete UR, entre as quais:

“Primeiro a integração no serviço, depois a postura deles com a pessoa, a forma deles prestarem cuidados, o que é que eles pensam que é realmente o envolvimento com a pessoa, com a família.” (E2)

“Acima de tudo saber estar e o olhar para o doente ou para o cliente que tem à sua frente como um todo. Essencialmente isso, em primeiro lugar o saber estar, saber ser enfermeiro, depois as técnicas ... vêm com o tempo, basta treiná-las. As duas vertentes que eu (valorizo) sempre é o facto de eu poder ser realmente... cuidada por ele e eu gostasse de ser cuidada por esse enfermeiro e também ser colega desse enfermeiro... “ (E4)

“Primeiro, um elevado sentido de responsabilidade, ser humilde, ser um bom ouvinte, porque muitas das coisas que se aprende não é só executando, saber ouvir as experiências que os profissionais já tiveram, saber ouvir o que é transmitido nesta profissão, que passa muito por passagens de turno, um conjunto de informações que se transmitem dum turno para o outro. (E7)

Quando solicitados a exprimir a opinião relativa à questão da **concordância com os professores da escola, nas competências valorizadas**, no desenvolvimento do aluno em ensino clínico, os dados dos discursos dos participantes agruparam-se em três categorias, conforme evidenciado no Quadro XIV:

QUADRO XIV – Opiniões dos orientadores sobre se as competências valorizadas pelos orientadores são as mesmas que a escola valoriza

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Concordância nas competências valorizadas pelos professores e pelos orientadores	Há concordância total		<i>“Eu penso que sim. Só pode ser. Estamos a formar pessoas, não é, estamos a formar pessoas para pensar naquilo que estão a fazer”</i>	E2	3	3
	Há concordância parcial		<i>“... falando com os orientadores e vendo os planos de estudo. . . eles (docentes) realmente valorizam a parte . . . das atitudes e dos comportamentos. . .”</i>	E4	5	5
	Desconhece		<i>“Não sei se serão, não sei se coincidem muito...”</i>	E1	2	2

Há concordância total, com três UE e três UR, de que é exemplo a seguinte:

“As técnicas, acredito que sim, e as relacionais, também. As duas são fundamentais, não estou a dizer que as outras não são importantes.... os parâmetros que são avaliados e toda a conversa que existe vai andar sempre à volta, e anda sempre à volta dessas competências...” (E9)

Há concordância parcial, categoria que reuniu a opinião de 50% dos participantes, com cinco UR. Alguns exemplos de UR, nesta categoria:

“A escola valoriza mais, hoje em dia, a parte relacional e a parte teórica, se bem que (os alunos) apresentem muitas lacunas, mas é essa que valorizam; pelo contacto que tenho tido com os alunos e com os docentes, há uma preocupação muito grande em que o estudante olhe para uma determinada pessoa e saiba fazer diagnósticos de enfermagem, no entanto depois acaba por não haver nem uma parte nem a outra... , e a prática acaba por não estar muito desenvolvida e eles não sabem por onde começar.” (E5)

“Poderão falar, sim, logicamente faz parte do curriculum, mas acho que não valorizam muito essa parte da reflexão... Acho que são mais as competências, cá está, académicas, a parte das teorias, do saber tudo certinho e direitinho, e refletir não.” (E7)

“E as relacionais. . . se a escola não valorizasse e se um aluno não conseguisse ser bom a nível das competências relacionais acho que (o estágio) acabava por ficar comprometido”. (E9)

Desconhece, surge como a categoria que também reúne a opinião de dois participantes, com duas UR. Exemplo:

“Se houvesse um contacto maior da escola, em termos do que valorizam, do que é espetável, talvez eu conseguisse concluir, se sim, se não; como não sei muito bem se valorizam esses aspetos nos alunos ou não, não sei responder”. (E10)

A **discussão dos conteúdos e da avaliação** é o domínio seguinte e os discursos dos participantes organizam-se em torno de duas categorias: **há discussão conjunta** e **não há discussão conjunta**. Houve necessidade de associar uma

subcategoria à primeira, **avaliação**, uma vez que todas as UR relacionadas evidenciavam essa convergência. A forma como as respostas se agrupam em torno destas categorias e subcategoria, pode ser observada no Quadro XV.

QUADRO XV – Opiniões dos orientadores sobre se os conteúdos e a avaliação são alvo de discussão conjunta pelos atores

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Discussão dos conteúdos e da avaliação	Há discussão conjunta	Na avaliação	<i>“Cada vez menos ... Também, porque, cá está, acaba por se fazer a discussão dos conteúdos no final do estágio, quando eu acho que não deveria ser assim, só no momento da avaliação”</i>	E2	8	8
	Não há discussão conjunta		<i>“. . . Com o aluno sim, enquanto enfermeira orientadora de estágios acabo por discutir com os alunos quais são os objetivos de estágio que a escola definiu para serem desenvolvidos no ensino clínico, (mas) com os docentes, não.”</i>	E3	2	2

Dos discursos dos participantes emerge a opinião de que a **discussão conjunta** ocorre, **na avaliação**, com oito EU e oito UR, de que são exemplos as seguintes:

“Geralmente comigo o que eu faço é uma auto e uma hétero avaliação com os estudantes, em que sim, aí é discutida a nota, tem que haver dois pontos de vista e tem que haver um acordo entre (nós) os dois. O docente, geralmente nunca entra na discussão e aceita a nota que foi discutida entre o supervisor e o estudante.” (E5)

“Com o aluno sim, enquanto enfermeira orientadora de estágios acabo por discutir com os alunos quais são os objetivos de estágio que a escola adota para serem desenvolvidos no ensino clínico, com os docentes da escola, não.” (E3)

“Os conteúdos a avaliar... há a grelha da escola e há a grelha da escola e não há mais nada... Com as ponderações lá que eles querem e que eles fazem e pronto... muitas vezes só conseguimos falar com os orientadores da escola no final do estágio.” (E4)

“Sim, os conteúdos, os objetivos, com os professores, são discutidos na avaliação; é quando eles (professores) aparecem ao estágio, no final, quando nós damos a nota.” (E7)

A categoria **não há discussão conjunta**, reuniu duas opiniões dos participantes, com duas UR, como o exemplo que se segue:

“Tive algumas avaliações em que se calhar estava presente eu como orientador e alguém da instituição, neste caso seria o enfermeiro chefe e o aluno; tive muitas situações em que a escola não esteve presente, nem sequer no momento da avaliação.” (E8)

7.6. O ensino clínico: A parceria Escola/Organização de saúde

Nesta área temática começámos pelo domínio **parceria entre a Escola e a Organização de saúde**, questionando os participantes sobre a visibilidade desta parceria; os discursos dos orientadores foram organizados nas categorias **parceria não é visível** e **sugestões de parcerias**. Houve necessidade de sistematizar os dados em subcategorias, relativas à categoria **sugestões de parcerias**, pelo número de dados produzidos, como pode ser observado no Quadro XVI.

A categoria **parceria não é visível** surge com sete UE (70%) e 10 UR, de que seguem algumas UR exemplificativas:

“Eu penso que... não é muito visível, cá está, porque a escola se tem vindo a desvincular cada vez mais...” (E2)

“Eles querem mostrar o contrário, querem que seja mais visível, mas com o que se passa na realidade se calhar essa visibilidade é menor, daí ter dito se calhar em muitos momentos, até mesmo numa avaliação final, em que se calhar todas as partes deviam estar presentes, não estão. Havia de haver novamente uma maior proximidade.”(E7)

QUADRO XVI – Opiniões dos orientadores sobre a visibilidade da parceria Escola/Organização de saúde no processo de supervisão de ensinos clínicos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Parceria entre Escola/Organização de saúde	Parceria não é visível		<i>“Na prática não, sei que existe em teoria mas na prática... não há um intercambio de conhecimentos, os docentes não saem das escolas, os enfermeiros não saem das organizações a acaba por ... essas parcerias que se encontram no papel, não transparecerem na pratica...”</i>	E5	10	7
	Sugestões de parcerias	Troca de formação	<i>“A única coisa que se poderia fazer... os enfermeiros das instituições também poderiam ir dar alguma formação à escola, aos alunos, no sentido da prática, porque os enfermeiros da escola muitas vezes estão um bocado afastados da prática...”</i>	E7	5	5
		Formação dos orientadores	<i>“Penso que a escola poderia oferecer aos enfermeiros orientadores de alunos, uma formação periódica, quer no espaço da escola quer no espaço da instituição”</i>	E5	6	6
		Partilha de conhecimentos	<i>“... os professores estão na escola, muitas vezes longe da realidade dos hospitais e se houvesse... mais abertura entre eles,... poderiam treinar algumas técnicas que, sem a prática, vão perdendo... poderiam fazer essa ligação.”</i>	E4	5	4
		Colaboração na investigação	<i>“Colaboração em trabalhos de investigação”</i>	E2	1	1

“Embora me sinta, por vezes, assim como, isso já é uma maneira de nós estarmos aqui a falar, como é querer que a gente responda (aceite os alunos)... e as escolas depois não estão presentes nesta parceria. Havia de haver novamente uma maior proximidade...”(E8)

“Não tenho conhecimento de que a escola tenha procurado o hospital como parceiro, para outra coisa que não seja local de estágio; ou que tenha procurado os enfermeiros aqui do hospital, para desenvolver projetos ou outro tipo de trabalho ou de parceria.” (E10)

“Sinto muito a falta do feedback da escola no meu trabalho... A escola não nos dá esse feedback e porque é a única mais- valia que os enfermeiros têm das instituições, é saberem se o seu trabalho é ou não essencial, e se é ou não proveitoso para os parceiros, para os alunos e para os professores, porque outro ganho não temos”. (E10)

Os dados relacionados com a categoria **sugestões de parcerias** foram sistematizados nas seguintes subcategorias:

Troca de formação, com cinco UE (50%) e cinco UR, conforme exemplos de UR a seguir:

“Se houvesse uma interação escola/serviços, eu acho que poderia ser uma mais-valia, para o hospital e para a escola. Portanto formação entre a escola e o serviço/ hospital, um dia, nem que fosse um dia por ano, umas jornadas, um encontro, um dia da parceria, sei lá, em que se aprendesse qualquer coisa, em que se apresentassem as novas atualizações, o que é que está a acontecer, tanta coisa.” (E2)

“Acho que também os professores deveriam sair um pouco da escola e em contexto real acompanharem os estudantes e fazerem uma parceria com os enfermeiros orientadores, (formando-os) em supervisão; e os enfermeiros das instituições se calhar poderiam ir à escola, diminuir um pouco a carga dos docentes, e colaborar em algumas matérias teóricas e ensinar alguma teoria das práticas, até porque os enfermeiros docentes já não praticam há longos anos, pelo menos muitos deles.” (E5)

Formação dos orientadores com seis UE (60%) e seis UR, de entre as quais, as seguintes:

“Porque os enfermeiros orientadores para terem alguma formação, cada vez mais têm que sair daqui; é óbvio que cada vez as dificuldades económicas são mais e as pessoas vão-se acomodando. E na escola de enfermagem poderia haver essa oportunidade para formação dos enfermeiros. Poderia haver uma parceria em que houvesse formação.” (E2)

“Penso que a escola poderia oferecer aos enfermeiros orientadores de alunos uma formação periódica, quer no espaço da escola quer no espaço da instituição, onde se fizesse uma formação teórica para os enfermeiros orientadores e onde esses enfermeiros pudessem expor quais os problemas que mais os dificultam na prática do ensino clínico... a escola poderia fornecer, uma formação sim.” (E3)

“Se calhar, e uma vez que estamos a falar de ensinamentos clínicos e até vai ao encontro do tema, se calhar a própria escola, uma vez que nós enquanto enfermeiros orientadores damos de nós à escola na orientação dos alunos, a escola também poderia pensar em dar a esses enfermeiros que é hábito orientarem alunos a formação em supervisão, a formação específica...” (E9)

Partilha de conhecimentos com quatro UE (40%) e quatro UR, conforme exemplos de UR a seguir:

“A escola poderia colaborar em estudos de revisão de conhecimentos, revisões teóricas.” (E5)

“Todos os dias os professores estão a receber atualizações, portanto se houvesse uma interação escola/serviços, nem que fosse anualmente... eu acho que poderia ser uma mais-valia, para o hospital e para a escola.” (E10)

Colaboração em investigação subcategoria referida por um participante:

“A escola poderia colaborar em estudos de investigação, principalmente estudos; hoje em dia as organizações de saúde são ótimos campos para fazer estudos científicos, acho que seria muito bom também para os enfermeiros da prática saber que algumas coisas não

vão bem, em vez de serem eles a fazerem estudos podiam colaborar nos estudos.” (E5)

No domínio **parceria enquanto processo colaborativo**, pretendemos saber se os participantes o entendiam como tal, tendo os discursos dos orientadores sido organizados nas categorias **é um processo colaborativo** e **deveria ser um processo colaborativo**. No Quadro XVII podem ser observados os resultados obtidos.

QUADRO XVII – Opiniões dos orientadores sobre a parceria enquanto processo colaborativo na formação de enfermeiros

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Parceria enquanto processo colaborativo	É um processo colaborativo		<i>“Eu acho que sim. A escola serve-se das instituições para formar alunos... o hospital, às vezes, também se serve dos alunos, porque são mão-de-obra barata e nessa situação servem a instituição. Os alunos desenvolvem trabalho ... E a instituição também usufrui um bocado do trabalho dos alunos...”</i>	E7	4	4
	Deveria ser um processo colaborativo		<i>“A colaboração escola/organização não funciona, do meu ponto de vista, não funciona.”</i>	E5	6	4

A categoria **é um processo colaborativo** surge com quatro UE (40%) e quatro UR, entre as quais:

“A escola precisa do campo de estágio, o aluno precisa da sua formação prática e... os serviços também gostam de ser campos de estágio...” (E5)

“Insere-se nesse processo colaborativo: a escola precisa do campo de estágio, o aluno precisa da sua formação pratica e às instituições também interessa... cada vez mais a mão-de-obra é mais

escassa, os serviços também gostam de ser campos de estágio, porque ajudam o profissional a atualizar-se...” (E8)

A categoria **deveria ser um processo colaborativo** surge com quatro UE (40%) e seis UR, com as seguintes UR exemplificativas:

“Não sei, se o fosse... os orientadores deveriam ser convocados com antecedência para poderem preparar... o seu desempenho.” (E1)

“Os professores poderiam ter um contacto mais visível, mais presente nas instituições; se calhar haver mais reuniões de quem manda nas instituições e nas escolas, para promover um papel mais ativo na orientação desses estágios e na preparação, no número de alunos, etc; só que entre instituições e escolas, que são o grande meio de formação, por vezes há dificuldades na relação.” (E8)

“Devia haver alguém com conhecimentos, ou alguém de referência em termos da supervisão clínica, e que pudesse fazer essa ponte que tenho vindo a referir sempre, da falta de ligação à escola. Ainda que não fosse, havendo esse elo, havendo essa ligação, penso que seria mais fácil para todos os intervenientes, no meu entender, quer para a escola, quer para nós.”(E10)

Sobre a **importância das parcerias institucionais**, quisemos saber a opinião dos participantes, concretamente as suas opiniões acerca da **parceria escola/organização de saúde**, relacionada com o processo de supervisão de alunos em formação clínica, no hospital. Agrupámos os dados em cinco categorias, os quais podem ser visualizados no Quadro XVIII.

Considerada a parceria uma **mais-valia para os serviços**, esta categoria surgiu com seis UE (60%) e sete UR, de que são exemplos:

“Ganha o serviço e, quer queiramos quer não, acabamos por até mesmo a nível de serviços ou a nível da equipa. . . fazer as coisas mais certinhas, acaba sempre por dar que pensar até mesmo à equipa, o facto de haver um aluno...” (E4)

“E traz ajuda para os serviços... Temos mão-de-obra. Nós temos que supervisionar, mas eles ajudam...” (E6)

QUADRO XVIII – Opiniões dos orientadores sobre a importância das parcerias no processo de supervisão de ensinos clínicos

DOMÍNIO	CATEGORIA	SUB CATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO (EXEMPLO)	Nº DE ORDEM	Freq. Absol. UR	Freq. Absol. UE
Parceria Escola/ Organizações de saúde	Mais-valia para os serviços		<i>(os alunos)“... vêm ajudar-nos bastante ... no nosso trabalho de enfermagem diário, logo a própria instituição onde são feitos os estágios, também tem os seus benefícios... não é mão-de-obra a desperdiçar... “</i>	E8	7	6
	Mais-valia para os orientadores		<i>“Os profissionais que orientam alunos... ficam a ganhar em termos de enriquecimento pessoal e profissional. . .”</i>	E6	6	6
	Mais-valia para as escolas		<i>“só para a escola que coloca cá os alunos”</i>	E5	9	8
	Mais-valia para a profissão		<i>“E quem ganha no meio disto tudo são os doentes... os cuidados... a profissão”</i>	E4	2	2
	Mais-valia para os alunos		<i>“os alunos serão neste ponto todo os que mais ganhos têm... são eles os visados, são eles que melhor proveito tiram desta parceria.”</i>	E10	2	2

“A instituição em si e os serviços, porque também acabam por ganhar o prestígio de ser um campo da prática, por ajudar a formar não sei quantos alunos.” (E7)

Considerada uma **mais-valia para os orientadores**, esta categoria surgiu com seis UE (60%) e seis UR. Seguem algumas UR exemplificativas:

“Os profissionais que ficam a orientar alunos ficam a ganhar em termos de enriquecimento pessoal e profissional...” (E3)

“Os enfermeiros orientadores também acabam por ganhar prestígio.” (E7)

“É uma vantagem para nós enquanto enfermeiros, pela troca de experiências.” (E9)

Considerada por 80% dos participantes uma **mais-valia para as escolas**, esta categoria surgiu com nove UR, de que são exemplos:

“Esta parceria não funciona, do meu ponto de vista, não funciona... só para a escola que coloca cá os alunos.” (E5)

“A escola serve-se das instituições para a sua atividade de formar alunos...” (E7)

“A escola tem que estar em constante ligação com as instituições e tem que se atualizar também e nessa perspetiva... por exemplo quando começamos a classificar doentes ou a fazer registos online com a CIPE (linguagem classificada)... nós começámos primeiro. Os professores tiveram que fazer formação, no sentido de poderem preparar os alunos...para já virem com alguns conhecimentos sobre classificação de doentes e CIPE.” (E7)

“Agora o grande ganho é para as escolas, sem grande investimento nessa parceria.” (E8)

Considerada a parceria uma **mais-valia para a profissão**, esta categoria surgiu com duas UE (20%) e duas UR, como a que se segue:

“Na qualidade e na autonomia ganha a profissão...” (E8)

Uma **mais-valia para os alunos**, foi a categoria surgiu com duas UE (20%) e duas UR, como o exemplo seguinte:

“Quando os alunos estão no serviço, ganham os alunos.” (E4)

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo e após a análise e apresentação dos dados obtidos dedicar-nos-emos à discussão dos resultados obtidos a partir das opiniões dos enfermeiros orientadores de alunos, em ensinos clínicos de enfermagem.

O trabalho exaustivo de organização e análise dos dados, obrigando a várias leituras e releituras das transcrições das entrevistas realizadas permitiu-nos ter mergulhado nas experiências dos enfermeiros que desenvolvem esta importante função, nas organizações.

O contato com os enfermeiros orientadores, a troca de impressões com os pares no decurso deste processo, as leituras efetuadas e os dados recolhidos tornou-nos mais conscientes da importância desta função. Podemos afirmar que em termos gerais a orientação de alunos é encarada como uma experiência positiva, geradora de aprendizagens e desafios diversos, proporcionando desenvolvimento pessoal.

Dos dados emergem alguns problemas sobre os quais urge fazer a necessária reflexão: desde logo a falta de comunicação dos atores intervenientes em todas as fases do processo, a escassez de oferta de formação aos enfermeiros orientadores, importantes colaboradores neste processo de formação. A debilidade da articulação escola/organização de saúde, no âmbito de um processo que se quer e se deseja de parceria institucional e de colaboração de atores, nomeadamente os atores que aqui nos interessam, os professores da escola e os enfermeiros orientadores, ficou expressa na opinião dos participantes.

Para uma melhor facilidade de organização desta discussão, voltamos agora às áreas temáticas previamente definidas e em torno das quais organizámos os dados.

Processo de supervisão em ensinos clínicos – representações/vivências dos orientadores

A formação clínica supervisionada permite o desenvolvimento de competências, integração da teoria na prática, socialização e formação de identidade profissional através de experiências socio clínicas e identificação de modelos

profissionais. As experiências têm também um impacto assinalável a nível das pessoas e das organizações.

Analisando o conteúdo das entrevistas, verificámos que os enfermeiros orientadores gostam e desempenham a função de supervisão com muita satisfação, considerando-a gratificante e desafiadora de desenvolvimento pessoal e profissional. Em Amador (1991), citado em Garrido *et al.*, (2008), os enfermeiros dos serviços gostam de ter estudantes em ensino clínico e preocupam-se com a forma como executam os seus cuidados aos doentes, bem como com a aprendizagem dos discentes.

Os orientadores afirmam que ao mesmo tempo que lhes permite contribuir para a formação dos futuros enfermeiros lhes proporciona aprendizagens pelo investimento a que obriga, melhorando o seu desempenho enquanto profissionais de enfermagem.

Tal ideia vai ao encontro da opinião de Canário (2006), citado em Pereira (2007), que defende que a aprendizagem é um processo em que os papéis de quem ensina e de quem aprende podem ser reversíveis. Ou seja, os alunos aprendem, mas os seus orientadores também.

Contudo, apesar da satisfação referida pelos orientadores, foram apontadas aspetos a ter em conta, como a exigência da função, pelo trabalho acrescido que transporta, no contexto em que decorre, com a necessidade de cuidarem dos seus doentes em simultâneo.

Esta é uma realidade atual identificada nos serviços, pois a redução de profissionais e a conseqüente sobrecarga de trabalho leva a que os orientadores, com frequência, não tenham tempo para aguardar que o aluno reflita e desenvolva o seu plano de ação. Os enfermeiros, limitados pelo fator tempo, tendem a elaborar eles mesmos a resposta, podendo limitar desta forma a aprendizagem do aluno.

Estas questões foram já abordadas em estudos anteriores, nomeadamente os constrangimentos relacionados com a dificuldade de conciliar a supervisão de alunos com os cuidados que têm que ser prestados aos doentes, sob a sua responsabilidade (Longarito, 2002); sobrecarga que pode conduzir a uma “*supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil fazer do que ajudar e orientar a fazer*”. (Simões, 2004, p 212).

A interação entre os atores intervenientes no processo de supervisão foi outro dos aspetos estudados. Os alunos de enfermagem precisam de um ambiente facilitador da aprendizagem e uma supervisão centrada na pessoa, tornando imprescindível que a comunicação entre os atores intervenientes no ensino clínico seja eficaz.

Emerge dos discursos dos nossos participantes a importância atribuída à interação com o aluno, no estabelecimento da relação supervisiva e as dificuldades sentidas na interação com os docentes e a escola. Estas dificuldades têm sido relatadas em estudos anteriores, nomeadamente em Borges (2010), que as apontam como falhas a corrigir no processo de supervisão.

A dificuldade em estabelecer a relação com o aluno relatada pelos nossos participantes, foi referenciada em Moseley e Davies (2008) citados por Silva *et al.*, (2011) que evidenciaram no seu estudo que para além das dificuldades organizacionais, os enfermeiros revelaram dificuldades interpessoais, como o desenvolvimento de uma relação eficaz e a integração do estudante na prática.

Estudos demonstraram que *“embora os enfermeiros apresentem diferentes representações sobre as suas dificuldades e necessidades, eles estão cientes que a sua preparação aumenta a eficácia do trabalho de supervisão, bem como, a efetiva aprendizagem dos estudantes e, deste modo, contribuir para a melhoria contínua da prática de Enfermagem”* (Silva *et al.*, 2011).

A formação específica em supervisão foi considerada de relevância fundamental pela quase totalidade dos orientadores; reconhecem que a maior parte dos enfermeiros que orientam alunos não tem a formação necessária e responsabilizam principalmente a escola por essa falta.

É desejável que os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua atividade de supervisão e de forma contínua. A formação básica é necessária mas não é suficiente para assegurar uma elevada qualidade em supervisão. Carvalhal (2003, p. 48) afirma que *“a formação pedagógica que o orientador clínico deve possuir e utilizar diz respeito ao funcionamento global do processo de ensino - aprendizagem e aos passos específicos requeridos para o desenvolvimento de todo o processo”*.

A formação dos enfermeiros orientadores deve ser específica para o desempenho da função e na opinião de Abreu (2007, p. 242), é da responsabilidade conjunta das escolas e das organizações de saúde.

Organização dos ensinios clínicos – a intervenção dos atores

A forma como os ensinios clínicos são organizados apresenta-se como um fator crucial ao sucesso dos mesmos. Envolvem diversos atores, com interesses e formações distintas e organizações com diferentes missões.

A grande maioria, 90% dos nossos entrevistados, considera que a organização dos ensinios clínicos poderia melhorar, sobretudo com o envolvimento dos enfermeiros orientadores e com a mudança do plano do curso. Referem não ter informação prévia sobre os alunos, a fase de aprendizagem em que se encontram assim como desconhecem os objetivos do ensino clínico e os planos de curso.

Afirmam não ter qualquer intervenção no planeamento dos ensinios clínicos, assegurando que a escola e a forma com estão desenhados os planos do curso são os principais responsáveis pela sua organização.

Paralelamente, os orientadores do nosso estudo, afirmam a quase total ausência dos professores da escola, nos serviços onde decorrem os ensinios clínicos e reduzem as interações aos momentos de avaliação final.

Destas opiniões emerge a constatação de que, há ainda um longo trabalho a desenvolver na aproximação escola/organização de saúde e concretamente no envolvimento do orientador no planeamento dos ensinios clínicos. Há necessidade de trabalhar o modo como os ensinios clínicos são planeados e negociados entre as escolas e os serviços e qual deve ser o envolvimento das partes e o papel dos enfermeiros e docentes em todo o processo, sugestões já apontadas em Longarito, (2002), Carvalhal, (2003), Simões (2004), Borges (2010).

A orientação de alunos deve ser em si mesma uma forma coerente e articulada entre a teoria e a prática, que requer e envolve relações docente-enfermeiro, enfermeiro-aluno, instituição de saúde-escola (Franco, 2000). Os enfermeiros do exercício são excelentes modelos para os alunos, sendo da responsabilidade dos docentes motivá-los, sensibilizá-los e consciencializa-los desse património pedagógico que a maior parte dos enfermeiros possui e que por vezes desconhece.

Os orientadores reconhecem que tem havido mudanças recentes na organização dos ensinios clínicos, maioritariamente relacionadas com a escola e com o plano de estudos do curso, afirmando que as mudanças não têm melhorado o processo.

Articulação entre a teoria e a prática

Estruturalmente, o curso de licenciatura em enfermagem alterna períodos escolares teóricos com períodos de prática clínica. É necessária a reflexão, como o instrumento que permite e facilita a aprendizagem em contexto da prática. É através da prática, e com a ajuda do tutor/supervisor/orientador, que o aprendente ultrapassa e aprofunda o conhecimento meramente teórico e descobre, pela reflexão, as respostas a dar às situações imprevisíveis com que se depara no exercício da sua atividade (Fonseca, 2006); Carvalho, (2004).

Amplamente fundamentada a importância da prática na formação inicial de enfermeiros, a articulação teoria/prática constitui uma das grandes preocupações atuais na formação em enfermagem surgindo em numerosos artigos, sendo justificada de diferentes formas, por diferentes autores e sugerindo possíveis origens e soluções.

Partindo do princípio que a formação profissional deve ter uma componente teórica e uma componente prática, Dewey, citado em Alarcão e Tavares (2010), considera existirem dois objetivos para a componente prática: concretizar a componente teórica, torná-la mais viva, mais real e permitir que o profissional adquira os conhecimentos, as capacidades, as técnicas, as atitudes, os valores, necessários ao exercício da sua profissão.

Nos últimos anos, o processo de Bolonha tem obrigado as escolas a reestruturações dos planos de estudos, procurando uma aproximação ideal ao contexto de trabalho, que, na opinião dos nossos orientadores nem sempre é conseguida.

Sabemos que um plano de estudos deve ser dinâmico (Carvalho, 2004) e que a organização dos cursos em unidades curriculares, constituindo módulos teoria, teoria-prática e clínica, é o modelo ideal, que emerge das opiniões dos nossos entrevistados, quando afirmam que algumas mudanças do plano de estudos não foram as mais acertadas. Relacionam as dificuldades sentidas pelos alunos nos ensinamentos clínicos, às alterações efetuadas naquele modelo.

Acreditamos que a realização de um ensino clínico é um momento importante para o aluno e para a escola. Deve ser cuidadosamente preparado e as melhores soluções devem ser procuradas. Para Figueiredo (1995) citada em Carvalho (2004), o estágio não pode ser como antes, para fazer a aplicação da teoria na prática, mas a oportunidade única para construir o saber com base em conhecimentos anteriores.

Por muitas razões continuamos a defender o envolvimento de todos os atores no processo de planeamento e organização do ensino de enfermagem, com discussão, análise e avaliação conjunta do processo, até porque ensinar deve ser um processo deliberado de facilitação do desenvolvimento e crescimento globais, através do fornecimento de situações planeadas, de tal modo que os alunos possam vivenciar as experiências necessárias à sua formação.

Na opinião dos enfermeiros orientadores, os alunos em ensinos clínicos manifestam dificuldades em relacionar a teoria com a prática, referindo que os alunos desvalorizam muitos dos conhecimentos teóricos ou não lhes reconhecem valor. Estas dificuldades dos alunos são relacionadas, pelos orientadores, com a quase inexistência de práticas em laboratório escolar, onde possam entender a utilidade da teoria e com o processo de Bolonha, que deixa ao aluno alguma liberdade de pesquisa dos conteúdos teóricos.

No entender dos orientadores, a escola preocupa-se com a articulação da teoria com a prática, embora não o suficiente, afirmando que a maioria dos professores da escola está afastada da prática existindo ainda um fosso entre a enfermagem que se ensina e a enfermagem real. Alguns afirmam mesmo desconhecer se essa é uma preocupação da escola.

A escola e os campos da prática partilham responsabilidades na formação dos futuros profissionais e torna-se evidente a necessidade de uma análise conjunta de problemas, a discussão conjunta de formas de cooperação e a análise e discussão sobre os valores subjacentes na formação e na prática de cuidados.

As aprendizagens em ensinos clínicos – Valorizações dos orientadores

Os orientadores estão cientes do seu papel de mediadores e facilitadores da aprendizagem, enquanto supervisores dos estudantes em ensinos clínicos.

Valorizam a aprendizagem dos alunos e contribuem para seu o desenvolvimento global, estimulando o pensamento reflexivo e facilitando o desenvolvimento de competências comunicacionais e interpessoais, técnicas e cognitivas, comportamentais e atitudinais.

Para o desenvolvimento destes saberes os orientadores munem-se de diferentes estratégias, tais como a auto supervisão, demonstração, estudo e pesquisa orientada. Recorrem também à autonomia progressiva, permitindo aos alunos uma

liberdade gradual, monitorizada, do seu desenvolvimento e a perguntas pedagógicas, evitando uma execução rotinizada, não reflexiva, da prática.

Estas estratégias confirmam as referidas por autores como Carvalho (2003), Simões (2004), Fonseca (2006), Abreu (2007) e Borges (2010).

Questionados sobre se as suas valorizações no desenvolvimento do aluno em ensino clínico são coincidentes com as valorizações da escola e professores, os orientadores pensam que sim, embora com algumas dúvidas. De alguma forma entende-se esta incerteza, que emerge da falta da presença dos professores no espaço das práticas, assim como do não envolvimento dos orientadores no processo de organização e planeamento de ensinos clínicos (aspetos referidos pelos orientadores).

Relação entre a escola e a organização de saúde - Parcerias

Nunca é demais explicitar o conceito de parceria, sempre sujeito a várias interpretações.

O conceito surge, em alguns autores, ligado ao termo colaboração, sendo parceria o termo usado para descrever associações entre instituições, enquanto colaboração, a associação entre pessoas.

Para Fullan (1990) citado por Mestrinho (2005) as parcerias caracterizam-se por negociações permanentes e pelo desenvolvimento de atividades de resolução de problemas comuns, que os parceiros não podem resolver isoladamente.

Então, parceria, a nível do contexto deste estudo, é um meio fundamental de proporcionar coerência aos percursos formativos dos estudantes de enfermagem, profissão que engloba períodos de teoria nas escolas e períodos de prática nas organizações de saúde.

Das opiniões expressas pelos nossos participantes pode inferir-se que esta parceria, entre o hospital e a escola, não é visível na prática; e sobre a supervisão de ensinos clínicos como processo colaborativo, as opiniões dividem-se, revelando estarmos ainda longe do que é preconizado.

Consideram os participantes que, apesar do fato de orientar alunos promover o desenvolvimento dos profissionais e proporcionar ganhos para os doentes e serviços, pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados que gera, os maiores beneficiados com estas parcerias são as escolas, que de outro modo não poderiam formar alunos.

Têm consciência da importância do seu papel no processo de supervisão, para a profissão, confirmando a opinião expressa pelos autores que se têm dedicado a estudar o assunto.

Como sugestões de parcerias, os nossos participantes identificaram áreas onde a relação escola/hospital poderia obter benefícios: troca de formação e de experiências, formação dos supervisores e colaboração na investigação.

Sugerem ainda que toda a supervisão de ensinos clínicos ganharia com a criação de um elo de ligação entre o hospital e a escola, interlocutor que deveria ter formação específica em supervisão e favoreceria a comunicação entre as partes.

Esta ideia pareceu-nos muito interessante, na medida em que fica evidente nas opiniões dos enfermeiros orientadores, de que é preciso mudar as práticas e investir em mudanças promotoras de uma melhoria de processos de supervisão em enfermagem.

9. CONCLUSÕES

Nesta abordagem, partimos do pressuposto de que os ensinamentos clínicos e a supervisão clínica são fundamentais para a construção do conhecimento do futuro profissional de enfermagem e de que só através do entrosamento dos contributos de todos os intervenientes se pode alcançar a meta de ter profissionais de enfermagem competentes e conscientes do seu papel de cuidadores.

A revisão da literatura efetuada evidencia que ser enfermeiro hoje envolve a valorização de diversos saberes que passam por preparar o profissional para o cuidado humano, uma vez que a pessoa, o ser humano, constitui o objeto da ciência da enfermagem. Assim, preparar enfermeiros para a prática de cuidar, exige formá-los nas várias dimensões e prepará-los para que, face a situações complexas da sua prática e mobilizando um conjunto de saberes próprios, possam responder de modo criativo e adequado à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam.

A reflexão é, na prática de enfermagem, o pilar do processo de formação e assume um lugar de destaque. É importante que o supervisor/orientador de estágio/ensino clínico tenha consciência do seu papel de aprendiz em todo este processo e da forma como este pode contribuir para o seu desenvolvimento, como enfermeiro e como supervisor.

Partimos à procura das experiências dos enfermeiros orientadores, atores no processo supervisivo, numa perspetiva de analisar e compreender as suas vivências e encontrar caminhos, pela reflexão, para a melhoria do processo no hospital.

Destacamos a consonância entre os autores da revisão realizada e os resultados deste estudo: a formação inicial dos enfermeiros ocorre em parcerias escolas/organizações de saúde, mas continuam por resolver alguns problemas sobre os quais urge fazer a necessária reflexão.

A falta de comunicação dos atores intervenientes em todas as fases do processo, a escassez de oferta de formação aos enfermeiros orientadores, importantes colaboradores neste processo de formação e a debilidade da articulação escola/organização de saúde, no âmbito de um processo que se quer e se deseja de parceria institucional e de colaboração de atores, ficaram bem expressos na opinião dos participantes.

Pensamos que as opções metodológicas tomadas se revelaram adequadas permitindo obter respostas às questões formuladas.

Os resultados obtidos, pela pequena amostra de participantes, não podem permitir a generalização dos resultados, contudo foram suficientes para permitir atingir os objetivos a que nos propusemos

Todo o trabalho realizado neste estudo, desde o início, com a revisão da bibliografia, além de ter alargado os nossos horizontes, tem contribuído para as reflexões em torno do processo de supervisão de alunos de enfermagem em ensinos clínicos. Para além de ser uma das nossas responsabilidades, é uma área que continua a despertar o nosso interesse e cuidado, sobretudo pelas fragilidades de que ainda se rodeia.

Algumas medidas que a serem concretizadas levariam a uma melhoria do desenvolvimento do processo de supervisão em ensinos clínicos:

- Envolver os enfermeiros orientadores em todo o processo de organização e planeamento dos ensinos clínicos;
- Promover a formação em supervisão dos enfermeiros orientadores, de acordo com as necessidades sentidas pelos mesmos;
- Promover uma supervisão mais consciente e eficaz, reunindo regularmente todos os intervenientes, incluindo o aluno, para planear atividades a desenvolver.

Este estudo constitui uma reflexão sobre o processo de supervisão de ensinos clínicos, do ponto de vista dos enfermeiros orientadores. Seria interessante, no mesmo contexto em que ocorrem, novas abordagens direcionadas aos restantes atores: docentes e alunos.

10. BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Revista Sinais Vitais*, Coimbra: Editora Formasau, 45 (11), 53-57. Acedido a 3 de março de 2013, disponível em <http://lusomed.sapo.pt/Xn320/367168.html>

ABREU,W. (2007). *Formação e Aprendizagem em contexto clínico-Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Lisboa: Formasau.

ALARCÃO, I. & RUA, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373-382. Acedido a 26 de agosto de 2012, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0104-07072005000300008.

ALARCÃO, I. & TAVARES, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica- Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Almedina;

ALVES, Z. & SILVA, M. H. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. n.2, pp. 61-69. ISSN 0103-863X. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X1992000200007&script=sci_abstract.

ARAÚJO, O., *et al.* (2012). Supervisão em contexto clínico: o testemunho dos estudantes sobre o(s) modelo(s) vigente(s). *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*. Vol. 5, Nº 2, 112- 121. Acedido 13 de dezembro de 2012, disponível em <http://hdl.handle.net/1822/19639>.

ARCO, A. (2005). Supervisão pedagógica no ensino clínico de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 58, 22-25.

BARDIN, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BASTO, M.L. (2009). *Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso*. Acedido a 13 de dezembro de 2012, disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18.pdf

BAUDRIT, A. (2009). *A Tutoria - Riqueza de um método pedagógico*. In Ciências da Educação Século XXI,25. Porto: Porto Editora.

- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação qualitativa em Educação: fundamentos, métodos e técnicas*. In: *Investigação qualitativa em educação*. Portugal: Porto Editora.
- BORGES, C. (2010). *Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: que parcerias?* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- CALADO, M. G. (2012). *Transição e vulnerabilidade em saúde: a supervisão clínica como fator facilitador/dificultador da saúde e bem-estar do estudante de enfermagem*. Acedido a 5 de julho de 2013, disponível em <http://hdl.handle.net/10174/7752>.
- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na Formação. Papel dos Orientadores clínicos – Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- CARVALHO, A.L. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget;
- COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, M. F., & Ventura, S. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. (2ª edição). Lusociência.
- COSTA, A. (2008). *Aprender a cuidar: consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante* In Grupo de Investigação em Enfermagem – *Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados*. Angra do Heroísmo: Grupo ICE. pp. 81-102 . Acedido a 13 de dezembro de 2012, disponível em ISBN: 978-972-8612-41-2
- COSTA, M. L. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Tese de doutoramento. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- DECRETO DE LEI nº 248/09 “D.R. Série A” 129 (22-09-09) 6761.
- DIAS, M. (2010). *Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico: A intervenção do tutor*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Dicionário da Língua Portuguesa. (2006). *Dicionário da Língua Portuguesa – Tomo II*. Coleção Completa de Dicionários e Auxiliares de Línguas. Texto Editores.
- Dicionário *online* de português. Acedido a 20 de agosto de 2013, disponível em <http://www.dicio.com.br/vivencia/>.

DUARTE, R. (2005). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar Em Revista*, 0 (24). Acedido a 20 de julho de 2012, disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/educar/article/view/2216>.

ENRICO,N. & CHAPMAN,Y. (2011). The Lived Experiences of Mentoring Nurses in Malaysia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1,1, January 2011, pp. 87-104. Acedido a 30 de julho de 2011, disponível em <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers/article/view/749>.

ESTRELA, M. (2011). Caminhos e Descaminhos da Investigação Educacional. In: *Revista portuguesa de pedagogia*. Extra-série. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Pp. 195 - 203. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/8659>

FACHADA, M.O. (2000). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo 2000.

FONSECA, M. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem. Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.

FRANCO, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Investigação em Enfermagem*, n.º1, Fevereiro, p.32-50.

GARCÍA, C. (1999). *Formação de professores: Para uma mudança educativa*, Porto: Porto Editora.

GARRIDO, A. & SIMÕES, J. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem- perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

GOMES, J. (2010). *A formação para a responsabilidade em enfermagem*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Educação- Universidade de Lisboa, Lisboa

HESBEEN, W. (2001) – *Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

KOLB, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice Hall, Inc. Englewood Cliffs, pp. 20-38. Disponível em <http://academic.regis.edu/ed205/kolb.pdf>

LONGARITO, C. S. (2002). O ensino clínico: A importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em enfermagem*, 5, pp. 26-33.

MACEDO, A. (2011). *A supervisão de estágio e a avaliação em contexto de trabalho hospitalar*. Acedido a 13 de julho de 2013, disponível em <http://hdl.handle.net/1822/13525>.

MACEDO, A. (2012). *Supervisão em Enfermagem: Construir as Interfaces entre a Escola e o Hospital*. Santo Tirso: De facto Editores.

MARTIN, C. (1991). *Soigner pour apprendre – acquérir un savoir infirmier*. Paris: Loisir et Pedagogie.

MARTINS, C. (2009). *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: Representações de alunos de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.

MESTRINHO, M.G (2005). *Parcerias na formação inicial de enfermeiros: um estudo de caso*. *Enfermagem*. - ISSN 0871-0775. - Nº 37/38 (Jan.-Jun. 2005), pp. 42-49.

MESTRINHO, M.G. (2012). Modelos de Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Curricular: Transição para um novo profissionalismo docente. *Pensar Enfermagem* Vol. 16 N.º 1 1º Semestre de 2012.

NETO, M. C. (2006). *Representação do cuidar em enfermagem: uma visão de professores e estudantes*. Dissertação de Mestrado. Universidade Aberta, Lisboa.

NUNES, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In II Congresso Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 10 de junho de 2011, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Documents/II%20Congresso%202006/IICong_ComLN.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Divulgar. Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Caderno temático- Modelo de Desenvolvimento Profissional – Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2010). *Caderno Temático. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

PAIVA, L. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: O stress dos tutores e a influência no apoio percebido pelos estudantes*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.

PEREIRA, A. (2008). *O Ensino Clínico de Enfermagem Médico-cirúrgica: Contributo do Feedback na Promoção de Competências Auto – Regulatórias dos Futuros Enfermeiros*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.

PEREIRA, M. (2007). *Aprender orientando: Aprendizagens dos enfermeiros orientadores em ensino clínico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de Lisboa, Lisboa.

PERRENOUD, Ph. (1993). *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação. Perspectivas Sociológicas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

PIRES,R.,SARDO,D.,MORAIS,E.,SANTOS,M.,KOCH,M.,MACHADO,P. (2004). Supervisão Clínica de alunos de enfermagem. *Sinais Vitais*,54. Acedido a 29 de Julho de 2011, disponível em http://ldscf.sunderland.ac.uk/clinicalmentorship/Portugal/%20SupervisaoCI%C3%ADnicAlunosEnfermagem_SV_N54_Maio_20_04.pdf.

PORTARIA no 799-D/99. D.R. Ia Serie B. 219 (18-09-99) 6510 (2) -6510 (3).

QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L.V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

SILVA, R. & SÁ-CHAVES, I. (2008). Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 721-34.

SILVA, R., PIRES, R. & VILELA, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico- Revisão sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência* III série-n.º3- Março 2011. Disponível em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2220&id_rev=9&id_edicao=35. Acedido a 31 de Julho de 2011.

SIMÕES, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.

SIMÕES, J., ALARCÃO, I. & COSTA, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista de Enfermagem Referência*. II série. N.º 6. (Junho 2008). Acedido a 29 de Julho de 2011, disponível em <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>.

SOARES, C. (2004). *Supervisão e formação profissional: um estudo em contexto de trabalho*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro, Aveiro.

TAVARES, J., & ALARCÃO, I. (2005). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

TAYLOR,S.J & BOGDAN,T. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación – la búsqueda de significados*. Acedido a 20 de março de 2013, disponível em <http://pt.scribd.com/doc/78156817/Taylor-S-J-Bogdan-R-Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-OCR>.

ZEICHNER, K. (1993). *A formação reflexiva dos professores: ideias e práticas*. Lisboa:Educa.

ANEXO

Guião da entrevista semiestruturada

TEMA:

Supervisão de Ensinos Clínicos em Enfermagem – Perspetivas e vivências dos Enfermeiros Orientadores

OBJETIVO:

- Analisar as experiências dos enfermeiros Orientadores no exercício da supervisão de alunos de Enfermagem em ensinos clínicos (EC).

GUIÃO DA ENTREVISTA

(Enfermeiros Orientadores)

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO:

- **Género:** _____ **Idade:** _____

- **Habilitações Literárias/Profissionais:** _____

- **Categoria Profissional:** _____

- **Exercício Profissional:** _____ (anos)

- **Experiência em orientação de alunos:**

Anos de experiência-----

Nº de EC -----

1 – Introdução ao Tema (justificação e questões éticas)

2 – Tema 1- Processo de supervisão em EC – vivências dos enfermeiros orientadores

3 – Tema 2- Organização dos EC – a intervenção dos atores

4 – Tema 3- Relação entre Teoria/Prática

5 – Tema 4- Processo de supervisão – valorizações dos enfermeiros orientadores

6 – Tema 5- Relação entre Escola/Organização de saúde - parcerias

MÓDULOS	OBJETIVOS	EXEMPLOS DE QUESTÕES A COLOCAR
1 – Introdução do tema	Motivar o entrevistado Legitimar a entrevista	Informar sobre o tipo de estudo Obter autorização para gravação áudio Dar garantia sobre anonimato
2 – Tema 1 Processo de supervisão em EC - Vivências dos enfermeiros orientadores	Obter percepções dos enfermeiros orientadores sobre o processo de supervisão em EC; Obter a opinião dos inquiridos sobre a formação para a supervisão de EC;	1. Como tem sido a sua experiência enquanto orientador de alunos em EC? 2. Que desafios lhe tem colocado o desempenho desta função? 3. Quais têm sido as suas maiores dificuldades? 4. Como interagem os atores intervenientes no processo de supervisão de alunos em EC (Docente, aluno, enfermeiro orientador)? 5. Considera ser necessária formação específica em supervisão para desenvolver processos de acompanhamento de alunos em EC? Se não, porquê? Em caso afirmativo, - Que formação? - A quem deve ser atribuída a responsabilidade dessa formação? - Os enfermeiros que orientam os alunos têm essa formação?
3- Tema 2 Organização dos ensinos clínicos	Identificar as opiniões dos inquiridos sobre a organização dos EC; Analisar a contribuição dos diferentes actores na organização dos EC;	1. Como se organizam os EC? O que pensa sobre isso? 2. Na sua perspectiva, como intervêm os diferentes atores no processo de planeamento e avaliação do EC? 3. A forma como se organizam os EC tem-se mantido, ou considera que tem havido mudanças? Se sim, quais e a que atribui essas mudanças?
	Obter a opinião que o inquirido possui relativamente à relação teoria/prática, no contexto dos EC; Identificar estratégias	1. Qual a sua opinião sobre os conhecimentos teóricos dos alunos antes de iniciarem os EC? 2. Ainda em sua opinião, o que acha que pensam os alunos relativamente ao conteúdo teórico de que são portadores?

<p>4– Tema 3 Articulação Teoria/Prática</p>	<p>utilizadas pelos orientadores no processo de integração/transferência da teoria para a prática</p>	<p>- O que pensa sobre essa opinião dos alunos?</p> <p>3. Na sua perspectiva, a relação entre a teoria e a prática é uma preocupação da escola?</p> <p>4. Que estratégias utiliza para facilitar a articulação entre teoria e prática?</p> <p>- Os alunos participam em momentos de formação em serviço?</p> <p>- Quais?</p>
<p>5– Tema 4 Valorização das aprendizagens em ensino clínico</p>	<p>Identificar as competências mais valorizadas pelos orientadores na aprendizagem/desenvolvimento dos alunos em EC</p> <p>Conhecer as estratégias utilizadas na promoção e desenvolvimento de competências dos alunos em EC</p>	<p>1. Quais os aspectos que valoriza mais no desenvolvimento do aluno em EC?</p> <p>2. Como promove (que estratégias utiliza para) o desenvolvimento das competências referidas?</p> <p>3. Em sua opinião, essas competências são as valorizadas pelos docentes? E pelos alunos?</p> <p>4. Os conteúdos a desenvolver e a avaliação são discutidos com os intervenientes?</p>
<p>6 – Tema 5 Relação entre a escola e a organização de saúde - parcerias</p>	<p>Conhecer a opinião dos inquiridos sobre o processo de colaboração no contexto da relação de parceria entre a escola e a organização de saúde;</p> <p>- Identificar estratégias de melhoria destas parcerias;</p>	<p>1. Na formação em Enfermagem, as escolas e as organizações de saúde funcionam em complementaridade, saindo ambas beneficiadas.</p> <p>-Em sua opinião, este conceito de parceria é visível na prática?</p> <p>- Que colaborações poderiam estar previstas nestas parcerias?</p> <p>3. Que importância podem (ou poderiam) ter estas parcerias para as instituições (escolas e instituições de saúde) e para os diferentes atores (professores, enfermeiros, alunos)?</p>
<p>7 – Finalização</p>	<p>Encerrar a entrevista</p>	<p>Agradecer a colaboração</p>