



**VÂNIA MARIA
OLIVEIRA
COIMBRA**

**Ensinos clínicos e desenvolvimento profissional do
supervisor**



**VÂNIA MARIA
OLIVEIRA
COIMBRA**

Ensinos clínicos e desenvolvimento profissional do supervisor

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica da Doutora Marília dos Santos Rua, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Dedicatória

Para vós:
Ana, Afonso e Lino.

o júri

presidente

Doutora Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa de Jesus
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro

Doutora Maria Isabel Domingues Fernandes
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Doutora Marília dos Santos Rua
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (Orientadora)

agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Marília Rua, que sempre proporcionou uma *atmosfera afetivo-relacional* envolvente ao longo deste percurso académico. O meu muito obrigada pelo profissionalismo, entrega, disponibilidade, reflexões e sugestões promovidas durante este período.

Às Professoras Doutoradas do Mestrado em Supervisão pelo estímulo e pelo questionamento que conduziu a respostas profícuas e que, simultaneamente, serviu de plataforma para novos questionamentos.

Às colegas de curso, pelas reflexões e partilha que me enriqueceram e abriram novos caminhos. Uma palavra especial para a Agar que, no meio de encontros e desencontros, se revelou uma amiga sempre presente.

Aos enfermeiros cuja voz dão vida a este estudo, e que representam esta classe de que tanto me orgulho em pertencer!

A todos que participaram direta ou indiretamente neste estudo, pela sua preciosa colaboração, sem a qual não teria sido possível a sua concretização.

Uma palavra muito especial aos meus pais e ao meu marido que sempre acreditaram em mim, mesmo nas fases em que eu própria me questioneei. Para eles um muito obrigada pela força, pelo estímulo constante e pela preciosa influência que detêm no meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por último, mas não menos importante, aos meus filhos, Ana e Afonso, de três e cinco anos de idade, por aceitarem tão bem o facto da mamã “andar na escolinha” e ao meu marido que soube gerir a minha ausência.

palavras-chave

Supervisão, Ensino Clínico, Prática Reflexiva, Desenvolvimento Profissional.

resumo

Os processos de supervisão de ensinamentos clínicos que têm vindo a acompanhar os percursos de formação em Enfermagem apresentam-se hoje no centro do debate, com a publicação pela Ordem dos Enfermeiros, do Modelo de Desenvolvimento Profissional.

No decurso do ensino clínico, o enfermeiro supervisor, para além de assumir um papel fundamental no desenvolvimento profissional do estudante assume concomitantemente um papel de aprendiz.

Neste estudo pretendemos compreender as representações dos enfermeiros supervisores sobre o impacto da supervisão de ensinamentos clínicos no seu desenvolvimento profissional.

Optamos por uma metodologia de abordagem qualitativa, através de um estudo de caso, com recurso às narrativas escritas e à entrevista semiestruturada dos atores.

A análise dos dados recolhidos processou-se com o apoio do software WEBQDA. A categorização teve por base o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998).

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que o processo de desenvolvimento profissional perspectivado com base no modelo bioecológico desvenda a singularidade de cada supervisor, a forma como se move e articula nos diversos contextos e ao longo do tempo, revelando a sua forma de ser, estar e agir, que o capacita para a introspeção e a análise reflexiva das práticas clínicas e supervisivas. Neste estudo, a tónica é colocada no supervisor em desenvolvimento, através do seu esforço individual de crescimento, ao sentir-se auto implicado com uma postura crítico-reflexiva, que lhe possibilita situar-se no mundo que o rodeia, consciencializando-se do lugar que ocupa e das intervenções que pode desempenhar de forma proactiva. Os atores do estudo situam-se num paradigma de inacabamento relativamente à formação e ao desenvolvimento profissional, assumindo que têm ainda muito para aprender. Esta aprendizagem é enriquecida no contacto com estudantes em ensino clínico. Estes acabam por ser um motor de desenvolvimento profissional do supervisor, uma vez que lhe possibilita ligar os conhecimentos mais atualizados, com outras formas de ver, de pensar e de agir, levando ao questionamento permanente das suas práticas, à auto e hetero-reflexão, à formação e à investigação.

Deste processo resultam muitas vezes, metamorfoses que são reveladas quando os supervisores se constituem como agentes de mudança, (re)construindo os contextos com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

keywords

Supervision, Clinical Training, Reflexive Practice, Professional Development.

abstract

The supervision processes of clinical training that have been following the education in Nursing are presented today as the center of debate, with the Ordem dos Enfermeiros publication of the Professional Development Model. During the clinical training the supervisor nurse assumes not only the basic role in the professional development of the student but also the role of learner. In this study we intend to understand the representations of the supervisors on the impact of the supervision of clinical training in their professional development.

We opted for a qualitative methodology through case study, with resource to the narratives and the semi-structured interviews with the actors.

The collected data was analyzed with the support of software WEBQDA. The categorization was based on the bioecological model of Bronfenbrenner and Morris (1998).

Results suggest that the process of professional development, viewed through the basis of the bioecological model reveals the uniqueness of each supervisor, the way he or she moves and articulates in different contexts and over time, disclosing their way of being and acting, which enables them to introspection and the reflective analysis of clinical practice and supervision practice.

In this study, the focus is the supervisor - through their individual effort in growing and adopting a reflexive and self-critical stance, which allows them to be aware of their surroundings, from the place where they stand to which interventions they can take part in.

The actors of this study stand in the middle this paradigm of incompleteness towards their education and professional development - as it is assumed that there's so much more to learn yet. This learning experience is enriched through their contact with the students still in clinical training. This students become an engine for the supervisor's professional development, as they make it possible to be in touch with the most updated knowledge and new ways of thinking and doing - which leads to increased self-reflection and interest in learning and investigation.

Of this process often result metamorphoses that are disclosed when supervisors constitute agents of change, (re)building the contexts for the continuous improvement of nursing care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I - ENSINOS CLÍNICOS E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	5
1. ENSINO CLÍNICO COMO CONTEXTO DE FORMAÇÃO	7
2. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO	17
3. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO.....	23
3.1. Competências e níveis de desenvolvimento profissional do Enfermeiro	23
3.2. Formação Contínua	31
3.3. Reflexão e Investigação.....	36
3.4. Uma abordagem ecológica do desenvolvimento profissional.....	41
PARTE II - A INVESTIGAÇÃO	49
1. METODOLOGIA	51
1.1. Questões e objetivos de investigação	51
1.2. Tipo de estudo	52
1.3. Contextualização do estudo	53
1.4. Participantes no estudo	56
1.5. Métodos e técnicas de recolha de dados.....	57
1.6. Análise dos dados	60

2.	DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO SUPERVISOR À LUZ DO MODELO BIOECOLÓGICO.....	65
2.1.	Pessoa	65
2.2.	Processo	69
2.3.	Contexto	76
2.4.	Tempo	78
2.5.	Impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no seu desenvolvimento profissional	79
3.	DO PROCESSO SUPERVISIVO AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO SUPERVISOR.....	83
4.	CONCLUSÃO	101
	BIBLIOGRAFIA.....	109
	ANEXOS.....	117
	ANEXO I – Pedido de autorização da realização do estudo	119
	ANEXO II – Guião da Narrativa	123
	ANEXO III - Guião da Entrevista.....	127

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Ambiente ecológico em que o enfermeiro se encontra inserido (adaptado de Rua, 2011, p. 83)	45
Figura 2 - Ilustração dos elementos fundamentais do modelo PPCT (baseado em Rua, 2011, p. 198)	48
Figura 3 - Visualização dos ramos da árvore (dimensão e domínios)	61
Figura 4 - Visualização das categorias da pessoa	62
Figura 5 - Visualização das categorias e subcategorias do processo	63
Figura 6 - Visualização das categorias e subcategorias do contexto	63
Figura 7 - Visualização das categorias do tempo.....	64

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais.....	25
Tabela 2 - Domínios das competências gerais do enfermeiro especialista. (Adaptado da OE, 2009)	26
Tabela 3 - Blocos Temáticos do Guião da Entrevista.....	59

LISTA DE SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSN - Administração Regional de Saúde Norte

CMSMF - Câmara Municipal de Santa Maria da Feira

CSSMF - Centro de Saúde de Santa Maria da Feira

EC - Ensino Clínico

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

PPCT - Pessoa, Processo, Contexto e Tempo

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento profissional dos enfermeiros constitui um processo mediante o qual os enfermeiros, sós ou acompanhados, revêm, reformulam e desenvolvem o seu compromisso como agentes de mudança nas instituições onde operam. Este processo vai-se construindo ao longo do tempo, podendo ocorrer de múltiplas formas.

Neste contexto consideramos que o ensino clínico, enquanto processo formativo é complexo e requer do supervisor competências pessoais, pedagógicas e de enfermagem, constituindo-se como um motor de desenvolvimento profissional.

Nesta perspetiva, o estudante de enfermagem durante o ensino clínico acaba por ser uma “lufada de ar fresco” ao confrontar o enfermeiro com as suas práticas, obrigando-o a parar, a refletir, a questionar, a atualizar-se, a (des)construir para reconstruir as suas intervenções, de forma a manter um desenvolvimento profissional permanente, utilizando a reflexão para uma transposição do conhecimento (saber) para as suas práticas clínicas e supervisivas (saber fazer).

Contudo verificamos que muitas vezes as ações de enfermagem não são pautadas pelo pensamento reflexivo, que fica relegado para segundo plano sendo este facto justificado frequentemente pelo excesso de trabalho e pela acumulação de funções.

Estudos recentes têm vindo a demonstrar que estamos perante uma evolução nesta trajetória, uma vez que se tem dado muito ênfase à promoção e desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo quer dos estudantes, quer dos profissionais de saúde, como estratégia de formação e supervisão (Mann et al., 2007).

A perspetiva dos enfermeiros supervisores sobre a supervisão em ensino clínico vai ao encontro desta visão, ao salientar que estes “têm que ser capazes de se auto supervisionar, necessitando para tal de desenvolver a capacidade de aprendizagem, a reflexão e a responsabilidade” (Simões et al., 2008, p. 98).

Neste contexto, D`Espiney (1996), conceptualiza a reflexão como um meio que possibilita à pessoa uma (re)construção interna da situação, com a aquisição de novos sentidos, permitindo visualizar novas formas de agir e atuar, o que está congruente com a perspetiva de Schön (1992) ao considerar a reflexão como uma faculdade mental que

trata dos produtos da sensação e da percepção, sendo caracterizada como uma experiência ativa e interpretativa usada na análise e na integração de novas estruturas do pensamento. O autor acrescenta que o praticante que reflete, cultiva e desenvolve as suas competências analíticas e os seus conhecimentos profissionais, estando menos exposto às rotinas instaladas nos contextos em que se movimenta.

A análise destes aspetos torna evidente que, a supervisão de estudantes em ensino clínico encerra potencialidades para o processo de desenvolvimento dos supervisores, porém são escassos os estudos que colocam o supervisor no centro da investigação, perspetivando-o como um ser em desenvolvimento, possuidor de características intrínsecas e particulares que o caracterizam enquanto pessoa, com experiências de vida e com um quadro conceptual próprio que o ajuda, perante determinado contexto, na mobilização dos seus recursos cognitivos, dos seus saberes e das suas competências.

Tendo em conta estas realidades interessa-nos aprofundar e investigar o impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor.

A escolha deste tema prende-se com motivações intrínsecas, emergentes do nosso percurso profissional, durante o qual tivemos oportunidade de participar proactivamente no processo de supervisão de estudantes da formação pré e pós-graduada e que nos conduziu a experiências gratificantes, com impacto no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

O presente estudo encontra-se estruturado em duas partes distintas. A primeira parte, denominada *ensinos clínicos e desenvolvimento profissional*, diz respeito ao enquadramento teórico e subdivide-se em três pontos distintos. No primeiro ponto efetuamos uma apresentação dos ensinos clínicos como contexto privilegiado de formação. Segue-se, no ponto dois, uma reflexão sobre dinâmicas de supervisão em ensino clínico e, por último, no ponto três centramo-nos no desenvolvimento profissional do enfermeiro, numa perspetiva bioecológica (modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris, 1998), tendo em conta as competências e os níveis de desenvolvimento profissional, para os quais contribuem a formação contínua, a reflexão e a investigação.

A segunda parte do trabalho, *a investigação*, corresponde ao estudo empírico e apresenta-se organizada em 3 pontos. No ponto um apresentamos o percurso metodológico do processo investigativo, no qual damos a conhecer o tipo de estudo, as questões e os objetivos de investigação, o contexto no qual se desenrolou a pesquisa, os participantes bem como os métodos e técnicas de recolha de dados. Para o

desenvolvimento desta investigação, optamos por uma metodologia de abordagem qualitativa, através de um estudo de caso, com recurso às narrativas escritas e à entrevista semiestruturada dos atores. Descrevemos também os processos de tratamento e análise da informação recolhida. Salientamos que a matriz do processo de análise e discussão dos resultados se encontra ancorada no modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998).

O ponto dois – desenvolvimento profissional do supervisor à luz do modelo bioecológico, reporta-se à apresentação e análise dos dados, organizando-se em torno da questão de investigação.

No ponto três – do processo supervisivo ao desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor, expomos a discussão dos resultados, no qual confrontamos os resultados obtidos no estudo com as perspetivas do quadro teórico de referência.

Por último, apresentamos a conclusão. Nela faremos alusão às principais conclusões, implicações práticas e limitações do estudo e finalizamos com linhas de investigações futuras.

**PARTE I - ENSINOS CLÍNICOS E DESENVOLVIMENTO
PROFISSIONAL**

1. ENSINO CLÍNICO COMO CONTEXTO DE FORMAÇÃO

O ensino clínico em enfermagem assume uma extraordinária importância na medida que o estudante tem oportunidade de se envolver de forma proactiva no processo ensino-aprendizagem, confrontando-se com a prática, com a imprevisibilidade dos contextos que o fazem mobilizar os seus conhecimentos, agir e cuidar de cada situação, de cada utente, respeitando a sua singularidade. É durante o ensino clínico que o estudante efetua os primeiros ensaios do “ser enfermeiro”, através da observação da dinâmica dos cuidados e da experimentação que o conduz à capacitação e ao desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta componente da formação consagra um campo indispensável de apropriação dos saberes e de desenvolvimento de competências, na medida em que o contacto com a realidade promove, no estudante, uma atitude crítica e reflexiva (Carvalho, 2003).

Na mesma perspetiva Alarcão e Rua (2005, p. 376) conceptualizam ensino clínico como períodos não só de observação como também de intervenção, em contexto de cuidados que têm como principal objetivo desenvolver atitudes e competências para o agir profissional. Nesta perspetiva estes períodos de formação privilegiam:

- “o contato com a prática (na sua previsibilidade e imprevisibilidade);
- a mobilização, integrada e contextualizada, de diferentes saberes (selecionados em função da sua pertinência);
- a caminhada para a identidade profissional”.

A nível Europeu e de acordo com a Diretiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro de 2005, o ensino clínico é definido como a vertente da formação em Enfermagem através da qual o estudante de enfermagem aprende, integrado numa equipa multidisciplinar, a planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem, com base nos conhecimentos e competências adquiridas.

Na ótica de Hesbeen (2001, p. 42), ao contactar com a prática clínica, o estudante vai interiorizando que o

“cuidar não é a soma de ações fragmentadas, umas delas técnicas, outras designadas básicas, outras educativas e outras, ainda, relacionais (...) Cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se

interrelacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da sua vida”.

Deste modo, consideramos que o curso de enfermagem sem esta componente seria muito redutor, perspectiva que é corroborada por Ali e Panther (2008, p. 35) ao referir o valor da experiência da interação entre estudante e utentes/famílias: “The interaction with patients and their families during this experience helps nursing students to develop technical, psychomotor, interpersonal and communication skills (Billings and Halstead 1998, Dunn et al 2000, Adams 2002, Chan 2002, Banning et al 2006).”

Assim sendo, fazem todo o sentido as orientações emanadas na diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 que tece considerações quanto à carga horária do ensino clínico, salientando que o mesmo deve ser pelo menos metade da duração do curso de enfermagem. Sobre esta temática Dubar (1996, p. 69) afirma que “la formation valable est celle qui développe des savoirs pratiques, utiles pour le travail et acquis directement par son exercice”, ressaltando, no entanto, a necessidade prévia de uma base teórica: “les savoirs théoriques sont un élément essentiel de présentation de soit et de valorisation d’une identité qui ne se définit pas à partir du travail”.

De facto, algumas profissões, tal como a Enfermagem requerem, “para que possam começar a ser exercidas, o domínio de um conjunto global de saberes que não dispensam os saberes oriundos da prática” (D’Espiney, 1996, p. 490), perspectiva partilhada por Malglaive (1989) citado por Amiguinho (1992, p. 40) ao salientar que

“na ação e na prática opera-se a síntese dos saberes informais, adquiridos e construídos no processo global de socialização, que inclui igualmente os saberes formalizados de acordo com as lógicas disciplinares e que a intervenção pedagógica veicula – constrói-se um saber prático enriquecido pela aplicação das diferentes formas de saber”.

No entanto, este processo deve ser mútuo, ou seja, se o saber teórico se deve confrontar com a prática, também o saber prático se deve confrontar com os saberes formalizados.

De facto, no decurso da atividade profissional, os enfermeiros constataam que se cria frequentemente um campo de tensões entre a teoria e a prática, gerado com a vinda dos estudantes para os ensinamentos clínicos. Naturalmente, o enfermeiro irá interrogar-se sobre os desfasamentos entre a teoria e a prática, uma vez que sente a responsabilidade do

contributo que poderá dar para a formação do futuro enfermeiro e nem sempre se vê refletido na componente “teórica” que esteve prévia à realização do ensino clínico. Estas inquietudes abrem-lhe o caminho para o levantamento das suas necessidades formativas e supervisivas que o levam a uma dinâmica de mudança.

A maior parte dos estudos analisam estas situações sob o ponto de vista do estudante. Hesbeen (2000, p. 136) sugere que “pensamentos diferentes ou discordantes participam na abertura de espírito do estudante e no alargamento dos seus pontos de vista”. Admitimos que, sendo o enfermeiro supervisor um dos intervenientes do processo supervisivo, também ele fica mais rico no confronto de ideias, facto que contribui para o seu desenvolvimento profissional.

Transpondo a abordagem que Alarcão e Tavares (2003) fazem sobre a supervisão de professores para a supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico, perspetivamos que supervisor e estudante são adultos que continuam a aprender e a desenvolver-se, embora a diferentes níveis (Fernandes, 2010).

Durante a supervisão de estudantes em ensino clínico os enfermeiros supervisores¹ desenvolvem competências formativas, analíticas, avaliativas, interpretativas e comunicacionais, narrando

“episódios que nos indicam que, no ato de introspeção, necessitam de ter a capacidade de análise e avaliação do desempenho e desenvolvimento dos processos de formação e de avaliação dos alunos, das suas atitudes e das do aluno, dos fatores que influenciam a avaliação e de situações relacionadas com o papel dos enfermeiros cooperantes e com o processo de formação em enfermagem” (Simões et al., 2008, p. 104).

Outros autores fazem alusão ao papel de aprendente do enfermeiro supervisor que, ao estar implicado na aprendizagem do estudante, também ele aprende e se desenvolve (Mendes et al., 2001; Sword et al., 2002; Abreu, 2007; Fernandes, 2010; Dias, 2010; OE, 2010).

Na mesma linha de pensamento, Sword et al. (2002) considera que a supervisão de estudantes acarreta ganhos potenciais não só para os estudantes como também para os

¹ - Não pretendemos discutir neste trabalho a diferenciação entre os conceitos de supervisor / tutor/mentor, muito embora estejamos conscientes da diferenciação que pode existir em alguns contextos, fruto não só de diferentes culturas e nomeadamente da representação social dos mesmos, mas também das próprias organizações profissionais e dos diferentes papéis que podem ter uns e outros. No contexto nacional esta discussão está longe de ter consenso, ou talvez não esteja em discussão, pelo que um ou outro termo se usam indiscriminadamente, de acordo com cada instituição. Assim no nosso trabalho usaremos um ou outro termo, tendo em conta que constitui um profissional de enfermagem que, no seu contexto de prática clínica, se responsabiliza por acompanhar, aconselhar e orientar os estudantes em formação, motivando e estimulando o seu desenvolvimento profissional.

supervisores. No seu estudo, desenvolvido no Canadá, os supervisores revelaram um sentimento de satisfação pelo papel desempenhado, manifestando a importância de se sentirem conectados com o corpo de conhecimentos científicos do curso de enfermagem e revitalizados com as discussões e reflexões emergidas no contacto com estudantes.

De facto, durante a supervisão de estudantes em ensino clínico, o enfermeiro supervisor confronta-se frequentemente com novas orientações e/ou diretrizes de atuação que o fazem refletir e procurar fundamentação teórica no sentido de melhorar as suas práticas. É também durante o ensino clínico que, muitas vezes, o enfermeiro supervisor reúne sinergias e potencia as suas próprias motivações e as do estudante para conceber e implementar projetos já há muito desejados, que conduzem a uma melhoria dos cuidados de enfermagem. Isto só se consegue através do estabelecimento de uma verdadeira parceria em que todos, concomitantemente, dão e recebem.

Huybrecht et al. (2011) vai ao encontro do estudo de Sword et al. (2002), ao evidenciar os aspetos positivos da supervisão de estudantes na ótica do supervisor. A partilha de experiências, o aumento dos conhecimentos e o acompanhamento próximo dos desenvolvimentos da disciplina são encarados como compensadores do investimento de tempo e do esforço despendido por parte do enfermeiro supervisor no decurso do processo supervisivo. Neste contexto, a supervisão de estudantes é percebida como um enorme desafio, o qual contribui para o aumento da sua autoestima e para a sua satisfação profissional.

A investigação conduzida por Borges (2010, p.109) corrobora com estes achados, ao apontar a supervisão de estudantes em ensino clínico como “uma experiência positiva indutora de diversos desafios que por sua vez fazem despoletar o crescimento e o desenvolvimento de todos os intervenientes”. Os atores deste estudo encaram o processo supervisivo como um desafio pessoal e profissional na medida em que sentem necessidade de se manterem atualizados e de assumir diversas funções em simultâneo de modo a contribuírem positivamente na formação dos futuros enfermeiros.

Chegados a este ponto importa refletir sobre quais os atributos e características que o enfermeiro supervisor deve possuir. A literatura tem mostrado, de facto, uma lista abrangente de atributos pessoais e habilidades fundamentais para o processo de supervisão de estudantes em ensino clínico. Abreu (2007, p. 236) baseado em autores como Orton et al. (1993), Davies et al. (1994) e Cahill (1996) considera que

“os estudantes tendem a considerar bons tutores aqueles que mantêm uma relação de proximidade, que estão seguros das suas capacidades, que são bons comunicadores,

que são bons profissionais, que são organizados, que mantêm o entusiasmo, que são amigáveis, que possuem um bom sentido de humor, que são atenciosos, que são pacientes e que são compreensíveis”.

A literatura tem sido consistente com esta perspectiva ao descrever um bom tutor como um profissional que possui atributos profissionais adequados, um elevado nível de conhecimentos, boa capacidade de comunicação e motivação para ensinar e apoiar o estudante (Phillips et al., 1996a, b; Gray e Smith, 2000).

A Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 18-19) considera também que durante o ensino clínico o enfermeiro supervisor deve deter algumas características que são centrais para o processo supervisivo. Transcrevemos aqui algumas delas:

- “Tenha motivação e disponibilidade pessoal para ajudar outros no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem (...);
- Seja um modelo de exercício profissional no quadro dos referenciais da profissão que conhece e domina;
- Demonstre competências na resolução de problemas, na tomada de decisão, delegação e responsabilidade profissional;
- Tenha capacidade, sensibilidade e empatia, para reconhecer o Outro na sua individualidade e compreender a sua problemática;
- Tenha conhecimentos sobre o processo, as estratégias e os instrumentos a utilizar na supervisão clínica;
- Tenha a capacidade de seleccionar as melhores estratégias e adequá-las a cada situação em particular – adequar o estilo de supervisão;
- Tenha capacidade de analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem;
- Promova uma mudança positiva, monitorizando, recomendando, desafiando, pesquisando e desenvolvendo o espírito crítico do supervisionado;
- Tenha competências de comunicação e de relação interpessoal, saiba: prestar atenção; escutar; compreender; comunicar verbal e não-verbalmente; parafrasear; interpretar; cooperar; questionar; manifestar uma atitude de resposta adequada;
- Facilite a socialização do supervisionado ao seu novo papel profissional (enfermeiro/enfermeiro especialista) e à equipe multiprofissional do contexto de cuidados;
- Tenha consciência de que, no processo de Supervisão Clínica, também ele se encontra em aprendizagem e desenvolvimento profissional e no papel de supervisor;
- Reconheça a cada momento o seu potencial e os seus limites enquanto enfermeiro e enquanto supervisor clínico e tenha a capacidade de investir, superar-se e pedir ajuda”.

Sendo o papel do enfermeiro supervisor vital para o processo supervisivo, este tem vindo a ser analisado por diversos autores. Apresentamos a perspetiva de Moton-Cooper e Palmer (2000) citados por Ali e Panther (2008, p. 36), os quais referem os diversos papéis representados pelo supervisor. A ênfase de cada papel depende do estadió de aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional do estudante. Compete ao supervisor identificar qual desses papéis deverá usar para otimizar o desenvolvimento do estudante, podendo assumir os seguintes:

“Organizer and planner - By organizing learning experiences for students to help them achieve the required competencies, the mentor undertakes the role of an organizer and planner.

Teacher - As a teacher, the mentor shares his or her knowledge and experience with the student, identifies the student's individual learning needs and learning style, and provides a conducive learning environment to maximize learning.

Coach - While acting as a coach, the mentor not only provides students with constructive feedback to improve their clinical practice, but also promotes a flexible approach to accepting feedback”.

Durante o ensino clínico, o supervisor assume-se como um modelo, como uma referência, contribuindo para a consolidação da identidade profissional do estudante. Neste processo incumbe-lhe facilitar e apoiar a socialização do estudante na equipa multidisciplinar e ao seu novo papel:

“Role model - By being a role model, the mentor”...provides an observable image for imitation, demonstrating skills and qualities for the mentee to emulate” (Morton-Cooper e Palmer 2000). The importance of this role as a positive model cannot be overestimated.

Guide - Being a guide, the mentor introduces the student to helpful contacts and power groups in the organization.

Adviser - As an adviser the mentor offers support and advice to students about their career, developing social contacts and building networks. During this process mentors assess and take into account the student's capabilities and limitations”.

O supervisor apresenta ainda a missão de ajudar o estudante a resolver problemas, recomendando, desafiando, promovendo a reflexão, a segurança, a autoestima e a autonomia do supervisionado:

“Problem solver - The role requires a mentor to help the student critically analyze and solve problems, thereby promoting the development of critical thinking, problem solving and decision-making skills.

Supporter - The mentor, as a supporter, provides the student with professional and moral support whenever required. Such support enables the student to develop personally and professionally.

Counselor - The role of counselor requires the mentor to encourage self-development in students by helping them to think about and reflect on their practice (Gallinagh et al. 2000, Price 2005)".

Na opinião dos autores esta diversidade de papéis incute no supervisor uma grande responsabilidade, levando-o a enfrentar, com alguma frequência, vários desafios. Na perspectiva de Bennett (2003), Moseley e Davies (2008) e Mills et al. (2005) citados por Ali e Panther (2008) os principais desafios sentidos pelo supervisor são: a dupla responsabilidade nos cuidados aos utentes/família e na supervisão do estudante, limitações temporais, as características da personalidade do próprio supervisor, o número de estudantes que está sob a sua responsabilidade, o nível de aprendizagem de cada estudante e o elevado nível de compromisso necessário para o cumprimento das funções supervisivas. Esta perspectiva é corroborada por Chilton e Andrews (2000) ao considerarem a supervisão de estudantes como uma relação diádica que requer envolvimento e comprometimento das partes envolvidas.

Também Rua (2011, p.72), no seu estudo, apresenta os seguintes desafios para o supervisor: "a preparação para a tarefa e as condições para a realização da tarefa, (o tempo, aceitação/colaboração da equipa, recursos materiais, estabilidade do clima afetivo-relacional, relacionamento interinstitucional adequado e conhecimento do plano curricular que permitam um boa articulação teoria prática".

No que concerne à preparação para a tarefa e, tendo por base as considerações de Sá-Chaves (2007) sobre as reflexões de Lee Shulman e Freema Elbaz, o enfermeiro supervisor deverá desenvolver o seu conhecimento profissional, tendo em conta as seguintes dimensões:

- o conhecimento de si próprio, possibilitando ao supervisor refletir sobre as práticas clínicas e supervisivas, de forma a controlar as diversas dimensões intrínsecas a essas práticas e consciencializar-se do facto dele próprio constituir uma variável determinante no processo;
- o conhecimento dos contextos, nomeadamente os aspetos culturais e estruturais da organização, facilitando a comunicação entre os envolvidos no processo supervisivo;
- o conhecimento das características do supervisionado, da sua singularidade e individualidade, fundamental para o sucesso do processo supervisivo.

Estes desafios, emergentes do processo supervisivo, revestem-se simultaneamente de algumas dificuldades. Para Abreu (2007), nem sempre as exigências requeridas para supervisionar estudantes em ensino clínico estão em concordância com as condições proporcionadas pela instituição de saúde onde o supervisor exerce a sua atividade profissional. De acordo com o autor, “para além da perícia na prestação de cuidados, exige-se competência didática; acrescem ainda responsabilidades relacionadas com a integridade emocional, autoestima, autoconceito e bem-estar psicológico” (Abreu, 2007, p. 239).

A falta de tempo constitui outra condicionante do desempenho do papel do supervisor, impedindo-o muitas vezes de dar feedback atempado ao estudante, bem como o cumprimento de outras funções supervisivas. Neste sentido, a carga de trabalho dos supervisores deve ser reduzida, de modo a aumentar a qualidade do processo supervisivo (Bray e Nettleton, 2007 in Huybrecht et al., 2011).

A literatura aponta ainda outras dificuldades que vêm ao encontro das referidas anteriormente, das quais destacamos: o duplo papel do supervisor (Neary, 2000), a diluição de responsabilidades sobretudo quando é atribuído ao estudante mais do que um supervisor (Sword et al., 2002), a falta de clarificação do papel do supervisor no processo de supervisão do ensino clínico (Franco, 2000), a falta de formação em supervisão (Abreu, 2007, Borges, 2010, OE, 2010) e a falta de preparação para a tarefa (Rua, 2011) que inclui não só a formação na área da supervisão, como também a preparação para cada ensino clínico, mais especificamente para supervisionar estudantes de escolas diversas, com níveis de desenvolvimento diversos e conseqüentemente provenientes de contextos cujos paradigmas de formação são diversos.

Em alguns países europeus, o enfermeiro, para poder supervisionar estudantes tem de frequentar um programa formativo que o reconheça como tal. No contexto nacional, embora seja recomendada a realização de formação específica na área de supervisão, tal não se constitui ainda uma obrigatoriedade pelo que, as situações de enfermeiros que exercem as funções de supervisão sem formação na área são ainda muito frequentes.

A proposta do Modelo de Desenvolvimento Profissional Ordem dos Enfermeiros (2010) pressupõe um novo sistema de certificação de competências dos enfermeiros recém-licenciados, que contempla um período de exercício profissional tutelado, no qual o candidato a enfermeiro, será acompanhado por enfermeiros mais experientes (supervisores), após o qual será submetido a uma avaliação previamente à atribuição do título profissional de Enfermeiro.

Estes supervisores, designados pela Comissão de Certificação de Competências, na sequência de candidatura voluntária, devem satisfazer os requisitos definidos pela OE relativamente ao seu perfil².

² O candidato a supervisor terá que frequentar um programa formativo, no qual será sujeito a uma avaliação final. Durante a primeira experiência de supervisão será também acompanhado por um supervisor mais experiente.

2. DINÂMICAS DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO

Em Portugal podemos considerar que os pioneiros na área da supervisão foram sem dúvida Alarcão e Tavares (1987). O seu conceito de supervisão muito embora aplicado à formação de professores é frequentemente transposto para a supervisão em enfermagem, pois o mesmo integra os elementos que na nossa opinião estão igualmente subjacentes à supervisão nesta área. Assim os autores definem supervisão como “o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional” (Alarcão e Tavares, 1987, p.18).

Ao longo das últimas décadas o conceito foi sofrendo evoluções e na sua perspetiva atual Alarcão (2009) considera que a supervisão se reveste de duas características: a democraticidade e a liderança com visão. No que respeita à democraticidade, esta deve alicerçar-se na colaboração entre profissionais, na qual as decisões são partilhadas, refletidas e assumidas de forma conjunta. Quanto à liderança, esta deve perspetivar o futuro, devendo ser uma liderança com visão, promotora da democraticidade e do desenvolvimento de programas supervisivos com impacto.

Relativamente à supervisão em saúde, mais especificamente na Enfermagem, o documento “Vision for the future”, do United Kingdom Central Council for Nursing, (1993) define supervisão clínica em enfermagem como:

“a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in complex clinical situations. It is central to the process of learning and to scope of the expansion of practice and should be seen as a means of encouraging self-assessment and analytical and reflective skill’s” (Abreu, 2003, p. 17).

Kelly, Long e McKenna (2001, p. 12) recorrem a Butterworth e Faugier (1992), para perspetivar a supervisão clínica como “an enabling process, providing opportunities for personal and Professional growth”.

No âmbito do modelo de desenvolvimento profissional, a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 5), conceptualiza a supervisão clínica como “um processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a

proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”. Na base deste modelo encontram-se a ação, a reflexão e a colaboração.

Consideramos que, a supervisão aplicada à Enfermagem enquanto Ciência do Cuidar, tem vindo a emanar reflexos positivos ao conduzir os enfermeiros a diálogos enriquecedores, ao debate nas instituições de saúde, à partilha de problemas, ao questionamento e à análise reflexiva de casos.

Neste contexto destacamos ainda a perspetiva ecológica de Rua (2011, p. 70) que define a supervisão em ensino clínico como:

“um processo interativo, dinâmico e ecológico, entre o supervisor e o supervisionado, cujos papéis se entrecruzam na lógica das ações de cada um. O supervisor orientando, ajudando e levando o aluno a refletir sobre as suas práticas e a socializar-se e o aluno apropriando-se das lógicas das práticas profissionais numa atitude reflexiva e coerente com os pressupostos da relação que se estabelece, num diálogo constante com o contexto”.

Nesta ótica, cabe ao supervisor orientar o estudante na busca de informação, no levantamento de questões, na reformulação dos conhecimentos. Ao estudante compete sentir-se motivado para desenvolver as suas capacidades de questionamento, de reflexão, de organização, de reestruturação, de comunicação, com base no espírito crítico e reflexivo. Este

“traz à discussão com o supervisor a sua experiência e ação do dia-a-dia e juntos: constroem uma compreensão partilhada dos fenómenos; aprofundam a experiência; atribuem sentido à aparente confusão; desocultam e analisam a intenção que está por traz da ação; desconstroem preconceitos e desenvolvem sensibilidades” (Hadfiel, 2000, citado por Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 7).

Neste processo, pressupõe-se que o enfermeiro supervisor adeque a sua atitude, as estratégias e o estilo supervisivo não só aos diversos estudantes como também ao longo de todo o processo supervisivo, de acordo com a evolução demonstrada pelos mesmos, pretendendo-se que seja um recurso e um guia (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Deste modo, durante o ensino clínico, o enfermeiro supervisor deverá observar as práticas do estudante, dar feedback construtivo, refletir conjunta e colaborativamente, interagindo com o grupo de estudantes e os docentes. Deve sempre que possível colocar questões pedagógicas assim como recorrer à análise de casos/situações problema. A própria planificação destas estratégias de supervisão conduz à reflexão constante sobre o

trabalho a desenvolver, à autoavaliação/auto supervisão das suas práticas, à vontade de inovar e ao desejo de se “superar”. Este desejo de superação leva-o a refletir, a descobrir novas formas de intervir e de cuidar, a investigar, a desenvolver projetos e consequentemente a melhorar o seu desempenho profissional, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

No âmbito das dinâmicas de supervisão, para além do papel do supervisor, acresce referir a importância das estratégias supervisivas utilizadas em cada contexto e com cada estudante sendo assim oportuno apresentar algumas delas de forma mais detalhada.

Tendo por base os trabalhos de Alarcão e Tavares (2003), destacamos *a observação*, *a análise de casos*, *os portfólios reflexivos* e *as perguntas pedagógicas*, estratégias de supervisão apresentadas pelos autores supra citados e entendidas num contexto que valoriza o estudante e a sua capacidade de construir o conhecimento profissional.

A observação

Na perspetiva dos autores a observação assume-se como uma estratégia fundamental para todos os intervenientes no processo supervisivo e é definida como “o conjunto de atividades destinadas a obter dados e informações sobre o que se passa no processo de ensino/aprendizagem com a finalidade de, mais tarde, proceder a uma análise do processo numa ou noutra das variáveis em foco” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 86).

No âmbito do ensino clínico em enfermagem é através da observação do estudante que o enfermeiro supervisor toma consciência das suas potencialidades e das suas dificuldades, possibilitando-o adequar as estratégias supervisivas de modo a ajudá-lo a desenvolver as competências previamente definidas.

A análise de casos

Relativamente à análise de casos, estes são vistos como “narrativas elaboradas (ou trabalhadas) com um objetivo: darem visibilidade ao conhecimento que deles brota” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 103). A análise de casos constitui por si só uma estratégia de grande valor formativo, na medida em que “permite desocultar situações complexas e construir conhecimento revisitando e reconsciencializando o que afinal já se sabia, embora num limiar inferior de consciência” (ibidem, 2003, p. 103).

No âmbito da supervisão de estudantes, a análise de casos clínicos é uma estratégia frequentemente utilizada pelos enfermeiros supervisores no sentido de estimular a reflexão, o debate, a análise e a teorização, no grupo de estudantes, ajudando-os a abrir os seus horizontes e a consolidar e/ou reconstruir os seus saberes. Alguns casos poderão ter contornos indefinidos e até mesmo controversos, gerando análises divergentes, mostrando aos estudantes a importância da valorização da singularidade de cada indivíduo e de cada situação promovendo a tomada de decisão consciente e refletida.

Os portfólios reflexivos

São, na perspetiva dos autores “um conjunto coerente de documentação refletidamente selecionada, significativamente comentada e sistematicamente organizada e contextualizada no tempo, reveladora do percurso profissional” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 105).

Nesta perspetiva podem, em contexto de ensino clínico, constituir-se como documentos importantes reveladores do processo de desenvolvimento e aprendizagem do estudante e simultaneamente instrumentos uteis para esse mesmo desenvolvimento. É também congruente com a visão dos autores a definição de portfólio que Sá-Chaves (2009, p. 16) nos apresenta:

“Os portfólios são vistos e utilizados como instrumentos de estimulação e como fatores de ativação do pensamento reflexivo, providenciando oportunidades para documentar, registar e estruturar os procedimentos e a própria aprendizagem, ao mesmo tempo que, evidenciando para o próprio formando e para o formador, os processos de autorreflexão, permitem que este último aja em tempo útil para o formando, indicando novas pistas, abrindo novas hipóteses que facilitem as estratégias de auto direcionamento e de reorientação, em síntese, de autodesenvolvimento”.

No momento em que o estudante passa para o ato da escrita as experiências vivenciadas e as reflexões emergidas dessas vivências, ele recua no tempo, facto que favorece e propicia o pensamento crítico reflexivo. Como refere Behrens (2006, p. 188) “o ato de descrever desencadeia um processo metacognitivo, no sentido em que há uma distanciação e se constrói um enredo das experiências pedagógicas vividas. A escrita permite um recuo relativamente aos acontecimentos vividos, refletir sobre eles e perspectivá-los”.

Deste modo, consideramos o portfólio reflexivo como uma estratégia que procura centrar no estudante o processo de ensino-aprendizagem, dando destaque ao contexto e significado das aprendizagens como fatores estimuladores da implicação do estudante na sua autoformação. Esta estratégia tem vindo a ser amplamente utilizada no ensino da enfermagem, ajudando muitas vezes o enfermeiro supervisor a conhecer o íntimo do estudante, permitindo-lhe intervir em tempo útil e proporcionando um acompanhamento mais personalizado.

As perguntas pedagógicas

Em contexto de ensino clínico as perguntas pedagógicas podem revelar-se importantes na medida em que o enfermeiro supervisor pode colocar questões significativas ao estudante, despertando-o para aspetos centrais da sua prática que poderiam passar despercebidos. Também o estudante tem oportunidade de empregar esta estratégia, questionando o supervisor no sentido de clarificar o seu pensamento e consolidar os seus saberes, à medida que vai refletindo sobre eles.

Durante o ensino clínico o estudante assume maior controlo e responsabilidade sobre a sua própria aprendizagem, desenvolvendo a capacidade questionar os outros e de se auto questionar. Envolve-se mais com as situações, na medida em que contacta diretamente com o contexto real da prática dos cuidados enfermagem.

A prática é, como elucida Abreu (2003), um espaço que possibilita ao estudante a sua libertação da tutela do professor e do enfermeiro supervisor, rumo à construção da sua autonomia e identidade profissional. Neste contexto, as questões pedagógicas constituem-se como um “motor de desenvolvimento pessoal e profissional” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 106).

Estas estratégias de supervisão revestem-se de uma natureza analítica, reflexiva e construtivista, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os intervenientes do processo supervisão. Na sua base encontramos a criação de uma *atmosfera afetivo-relacional envolvente*, onde todos os intervenientes desenvolvem os seus papéis colaborativamente. Esta atmosfera favorece o diálogo, a entreajuda, a colaboração, a discussão de casos, a reflexão, a aprendizagem e o desenvolvimento de todos os intervenientes no processo (Alarcão e Tavares, 2003).

De facto, a atmosfera *afetivo-relacional* tem sido destacada na literatura como um fator condicionante do sucesso/insucesso do processo supervisão.

Andrews e Wallis (1999), baseiam-se nos estudos de Earnshaw (1995) e Spouse (1996), para afirmar que o relacionamento desenvolvido entre supervisor-supervisado deve sustentar-se numa parceria e respeito mútuo, de modo a potenciar a aprendizagem do estudante.

Sword et al. (2002), tendo como suporte autores como Donovan (1990), Armitage e Burnard (1991) e Vance e Olson (1998) completam esta perspetiva ao considerar que compete ao supervisor não só a missão de apoiar o estudante, mas também, de o inspirar e nutrir.

Vance e Olson (1998, p.5) salientam que “a mentor relationship is a developmental, empowering, and nurturing relationship extending over time in which mutual sharing, learning, and growth occur in an atmosphere of respect, collegiality, and affirmation” (in Sword et al., 2002, p.428).

Estes achados vêm ao encontro dos estudos apresentados anteriormente e que destacam a relação de proximidade (Orton et al., 1993; Davies et al., 1994 e Cahill, 1996 citados por Abreu, 2007) e a capacidade relacional e empática (OE, 2010) como fatores decisivos do sucesso do processo supervisão.

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

O conceito de desenvolvimento profissional reveste-se de um caráter polissêmico podendo, de facto, adquirir vários sentidos.

Uwamariya e Mukamurera (2005) estudaram alguns autores que desenvolveram este conceito sob diferentes perspetivas. Huberman, Grounauer e Martin (1989) conceptualizam desenvolvimento profissional sob o ponto de vista do desenvolvimento da carreira e da evolução profissional. Glatthorn (1995) e Kagan (1992) desenvolveram o conceito em torno do crescimento profissional. Autores como Boucher e L'Hostie (1997) e Lafortune et al. (2001) entendem-no como formação contínua. Para Gouvernement du Québec (2001) ele é percecionado como aprendizagem contínua. Por último, Lieberman e Miller (1990) e Wels (1993) desenvolvem os seus estudos sustentados na reflexão e investigação.

Apesar de ser um conceito entendido de formas diversas por diferentes autores, torna-se importante apresentar algumas visões. Deste modo, desenvolvimento profissional é visto como: “processus de transformations individuelles et collectives des compétences et des composantes identitaires mobilisées ou susceptibles d'être mobilisées dans des situations professionnelles” (Barbier, Chaix e Demailly, 1994, p. 7 citados por Uwamariya e Mukamurera, 2005, p. 136), perspetiva que é partilhada por Alarcão e Roldão (2010, p. 25), na medida que o entendem como um “processo de mudança conceptual, numa lógica de desenvolvimento de adultos, em contexto de natureza construtivista-sistémica, interativa, epistemologicamente fundamentada e metodologicamente apoiada em contextos de formação-investigação-ação”.

3.1. Competências e níveis de desenvolvimento profissional do Enfermeiro

As competências profissionais

A evolução e desenvolvimento da sociedade tem conduzido ao aumento da complexidade das próprias profissões, geradora de inúmeras dificuldades e necessidades de reconstrução e reconceptualização de saberes e competências. Neste sentido, requer-se dos profissionais um conjunto de habilidades e competências para

administrar essa complexidade estabelecendo metas, traçando objetivos e levando a cabo as atividades com eficiência e qualidade, tendo sempre em atenção o campo de forças, muitas vezes opostas que estabelecem a complexidade (Le Boterf, 2003)

Este pensamento encaminha-nos para o conceito de competência que de acordo com Dias (2008, p. 62) nos remete:

“para situações nas quais é preciso tomar decisões e resolver problemas, associa-se à compreensão e avaliação de uma situação, uma mobilização de saberes, de modo a agir/reagir adequadamente. Desta forma, a tomada de decisão (expressar conflitos, oposições), a mobilização de recursos (afetivos e cognitivos) e o saber agir (saber dizer, saber fazer, saber explicar, saber compreender) são as características principais da competência. Estas características permitem entender este conceito como uma forma de controlar (simbolicamente) as situações da vida”.

O profissional competente é aquele que não sabe apenas fazer, é aquele que não sabe apenas escolher mas sim sabe escolher e fazer na imprevisibilidade, na urgência e na efemeridade dos contextos (Le Boterf, 2003). O autor considera que no processo de aquisição e desenvolvimento de competências compete ao profissional saber transpor, o que pressupõe que este tenha a capacidade de aprender e se adaptar e que consiga tirar as lições da experiência, transformando a sua ação em experiência. De facto, o profissional competente encara a sua prática profissional como uma oportunidade de criação de saber, fazendo do seu tempo um tempo de aprendizagem e de autorrealização.

Neste sentido, acrescentaríamos que estão criadas as condições para que cada sujeito cresça e se desenvolva profissionalmente.

No contexto da Enfermagem, Serrano (2008, p. 80-81) afirma que as competências têm algumas dimensões implícitas, nomeadamente:

-“A pessoa e/ou coletivo profissional com conhecimentos, capacidades, comportamentos, atitudes e qualidades;

- A pessoa com a sua experiência de vida;
- Um processo contingente, ou seja, depende de um projeto de ação, onde são mobilizados recursos / potencialidades, sistemas de referência e experiência profissional;
- Um contexto, onde são mobilizadas a performance, o desenvolvimento e/ou transformação do conhecimento, ou seja, a organização do trabalho;
- Uma prática reflexiva individual e coletiva, caracterizada por valores de responsabilidade e partilha;
- O exercício ético da profissão;

- Níveis de profissionalismo com curvas de aprendizagem;
- A auto e hétero avaliação”.

O desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro tem por base as características intrínsecas e particulares que o caracterizam enquanto pessoa, as suas experiências de vida e o seu quadro conceptual que o ajudará a mobilizar, perante determinado contexto, os seus recursos cognitivos, os seus saberes, as suas competências, conduzindo-o à ação, à reflexão e à criação. É nesta espiral que ele se vai questionando, avaliando, efetuando o balanço do seu percurso para posteriormente (re)aprender, (re)construir, (re)conceptualizar, numa busca constante do aperfeiçoamento contínuo e do desenvolvimento pessoal e profissional.

Desde a criação da Ordem dos Enfermeiros, em 1998, que esta tem vindo a emanar orientações precisas para a definição do Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, tendo em 2003, divulgado um documento, no qual as 96 competências definidas surgem integradas em três domínios de intervenção: Prática profissional, ética e legal; Prestação e gestão de cuidados e Desenvolvimento profissional, como podemos observar na tabela 1. Este processo criou as condições para a elaboração de um sistema de certificação individual de competências que se assume como uma das vertentes de suporte ao Modelo de Desenvolvimento Profissional igualmente proposto pela OE.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Prática profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidade - Prática segundo a ética - Prática legal
Prestação e gestão de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde - Colheita de dados - Planeamento - Execução - Avaliação - Comunicação e relações interpessoais - Ambiente seguro - Cuidados de saúde interprofissionais - Delegação e supervisão
Desenvolvimento profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Valorização Profissional - Melhoria da qualidade - Formação contínua

Tabela 1 - Domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais
(Adaptado da OE, 2003)

A regulamentação das competências comuns do Enfermeiro Especialista que decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, ocorreu em 2009. Estas competências comuns são

“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2009, p. 10).

São quatro os domínios das 9 competências comuns: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão dos cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como podemos observar na tabela 2.

DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS
Responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve uma prática profissional e ética na sua área de intervenção - Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade - Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro
Gestão dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional - Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento

Tabela 2 - Domínios das competências gerais do enfermeiro especialista.
(Adaptado da OE, 2009)

As competências específicas “são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para

cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (OE, 2009, p.10).

Neste âmbito, o domínio de competências específico corresponde a cada área de especialidade, tendo sido propostas 7 áreas: Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, Enfermagem comunitária, Enfermagem de saúde materna e obstétrica, Enfermagem de saúde familiar, Enfermagem de reabilitação e Enfermagem em situação crítica (OE, 2009).

Apresentamos, de forma sucinta, as competências definidas para cada área de especialidade.

Enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica

- “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde
- cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade
- presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2009, p. 21).

Enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiátrica

- “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional
- assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental
- ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida , integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto
- presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e a dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2009, p. 23).

Enfermeiro especialista de enfermagem comunitária

- “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico” (OE, 2009, p. 28).

Enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica

- “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério
- Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica
- Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade” (OE, 2009, p. 31).

Especialista em enfermagem de saúde familiar

- “Cuida da família como unidade de cuidados
- Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária” (OE, 2009, p. 38).

Enfermeiro especialista em reabilitação

- “Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados
- Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania
- Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa” (OE, 2009, p. 40).

Enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica

- “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, da conceção à ação
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (OE, 2009, p. 42).

Estas competências foram aprovadas e posteriormente publicadas no Diário da República, n.º 35 de 18 de Fevereiro de 2011, o qual refere que “a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de

prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (p.8649).

Níveis de desenvolvimento profissional

Alguns autores associam o desenvolvimento profissional ao percurso de uma série de etapas sucessivas, compostas de particularidades e de complexidades, muito associado à perspectiva desenvolvimental. De acordo com esta perspectiva, o desenvolvimento profissional é visto como um processo dinâmico que vai ocorrendo a par do desenvolvimento pessoal, no qual o indivíduo passa por diversas etapas, sendo que a etapa seguinte é sempre mais complexa que a anterior. Em cada uma dessas etapas são adquiridas novas competências (Uwamariya e Mukamurera, 2005).

No que concerne à profissão de Enfermagem, são aceites como adequados os níveis de desenvolvimento propostos por Benner (1984) que estudou a generalização do Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus à enfermagem, concluindo que ao longo da sua carreira o enfermeiro poderá passar, através de cinco níveis de proficiência, de iniciado a perito.

Ressalva-se que este modelo é dependente da situação, ou seja, um enfermeiro pode ter, por exemplo, muita experiência em cuidados intensivos neonatais e encontrar-se no nível de iniciado se transitar para outro serviço. Os diferentes níveis refletem mudanças em dois aspetos gerais do desempenho. O primeiro baseia-se no domínio de princípios abstratos e na sua mobilização para as situações concretas; o segundo reveste-se de uma mudança de perceção da situação em causa, visualizando-a como um todo (Benner, 1984, 2001).

Nível 1: Principiante

O enfermeiro que está a iniciar as suas funções num determinado serviço, ou a iniciar a sua carreira profissional é designado por principiante. Este, na perspectiva de Benner (2001) não tem experiência face a situações com que possa vir a confrontar-se, revelando dificuldade em articular os saberes teóricos com os práticos. Neste contexto, o enfermeiro principiante tem de usar normas e regras norteadoras das suas ações; o seu comportamento acaba por ser rígido e limitado.

Nível 2: Principiante Avançado

O principiante avançado já se confrontou com diversas situações reais, de tal modo que consegue aperceber-se dos “aspectos de situação”, ou seja, dos “fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas” (Benner, 2001, p. 50).

Todavia, o principiante avançado necessita de ajuda para estabelecer prioridades, para decidir o que é mais ou menos importante, daí que a sua atuação deva ser supervisionada por enfermeiros que já atingiram o nível de competente, de modo que as necessidades dos utentes não sejam negligenciadas.

Nível 3: Competente

De acordo com a autora, o enfermeiro competente é um profissional que exerce funções num serviço há pelo menos dois ou três anos e que começa a desenvolver um plano de atividades com base numa análise consciente e analítica do problema, tendo sempre em conta o cumprimento dos objetivos a longo prazo.

Ao enfermeiro competente falta a rapidez e a destreza do enfermeiro proficiente; contudo este profissional apresenta-se capaz de agir na imprevisibilidade dos contextos inerentes às atividades de enfermagem. Deste modo, “a planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização” (Benner, 2001, p. 54).

Nível 4: Proficiente

O enfermeiro proficiente apercebe-se da globalidade das situações. Esta visão holística ajuda-o a reconhecer as situações que não são normais e a tomar decisões de forma mais segura, modificando os seus planos de cuidados em função das situações apresentadas.

O enfermeiro proficiente utiliza máximas que o conduzem na sua atividade e que “refletem o que apareceria como *nuances* incompreensíveis da situação à enfermeira iniciada ou competente” (...) fornecendo, no entanto, “um indício sobre o que deve ser tomado em consideração” (Benner, 2001, p. 56).

Nível 5: Perito

Segundo Benner (2001, p. 58) o enfermeiro perito “já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao ato apropriado”. O enfermeiro perito, com a sua enorme experiência, geralmente emana opiniões clínicas e gere situações altamente complexas e imprevisíveis, sem se perder nas possíveis soluções e diagnósticos.

No entanto, a experiência, muito referida neste modelo, não faz uma mera referência à passagem do tempo, uma vez que se trata de “melhorar teorias e noções pré-estabelecidas através do encontro de numerosas situações reais que acrescentam *nuances* ou diferenças subtis à teoria (Gadamer, 1970; Benner e Wrubel, 1982 citados por Benner, 2001, p. 61).

Neste contexto, diversos autores partilham a ideia de que os supervisores devem ser profissionais experientes na sua prática (Schön, 1992; Alarcão e Tavares, 2003; Simões, 2004; Fernandes, 2010).

Em suma, o modelo de Dreyfus, que se encontra na base da criação dos cinco níveis de aquisição de competências descritos, pressupõe que ao longo da sua atividade profissional, o enfermeiro passe por diversos estádios evolutivos. Durante esse percurso ele vai aprender a dominar e a dar resposta às situações com que se confronta no seu dia-a-dia, adquirindo experiência. Este processo conduz à aquisição e/ou desenvolvimento de competências que, por sua vez, se repercutirão numa melhoria dos cuidados de enfermagem.

Nos pontos seguintes apresentamos dois dos fatores promotores do desenvolvimento profissional do enfermeiro, nomeadamente a formação contínua e a reflexão e a investigação.

3.2. Formação Contínua

A formação contínua tem vindo a ganhar destaque em várias áreas profissionais, pela importância de que se reveste para o desenvolvimento profissional.

Para Amiguinho (1992, p. 23), a formação consiste num “processo fundamental capaz de operar as transformações que se pretendem introduzir nos sistemas e nos lugares institucionais, onde decorre a ação dos indivíduos, visando otimizar os seus fins”.

Assad e Viana (2005, p.587) perspetivam-na como “um processo de desenvolvimento integral do indivíduo, ao longo da vida, objetivando o seu amadurecimento profissional e emocional”.

Estabelece-se “num *continuum* entre a formação inicial e a formação contínua numa perspetiva de desenvolvimento profissional ao longo da carreira” (Nóvoa, 2006, p. 119). Contudo, esta formação que responde às nossas dúvidas, às nossas angústias e nos faz refletir, colocar novas questões e fazer novas descobertas “não se cinge a uma ação educativa isolada do contexto em que se insere, arrumada a um canto da totalidade da vida dos que se formam, do processo social global em que participam e do conjunto de relações sociais que implica, ou apenas sobre um dos aspetos da atividade profissional ignorando os outros” (Amiguiño, 1992, p. 38).

D’Espiney (1996), nos seus estudos, descreve a formação contínua em Enfermagem como uma necessidade, tendo em conta não só o carácter prático da profissão como a evolução permanente do conhecimento e da técnica no campo da saúde.

No documento em que expressa as Competências do enfermeiro de cuidados gerais, a Ordem dos Enfermeiros (2003) dá destaque à formação contínua como um processo que o conduz ao desenvolvimento profissional, descrevendo que, ao longo do exercício profissional, é da competência do enfermeiro:

- Efetuar uma revisão das suas práticas.
- Assumir a responsabilidade pela aprendizagem contínua de forma a responder às suas necessidades de formação.
- Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.
- Atuar como um supervisor conhecedor do seu papel e das duas funções.
- Potenciar as oportunidades de aprendizagem colaborativa, contribuindo para os cuidados de saúde.

Constatamos que a maior parte dos enfermeiros estão conscientes desta necessidade. De facto, “os percursos de formação e de desenvolvimento profissional dos enfermeiros portugueses são heterogéneos e a aprendizagem da “Formação” faz-se por múltiplas vias: de modo formal e informal: mais ou menos intensiva e aprofundada; em formação pré e/ou pós-graduada; conducente ou não a certificação ou grau académico” (OE, 2010, p.62).

Consideramos a formação formal fundamental para o desenvolvimento do enfermeiro, uma vez que ele consegue desenvolver, através de programas formativos realizados no

âmbito das instituições escolares, como é o caso dos cursos de pós-licenciatura de especialização, pós-graduações, mestrados, doutoramentos, um conjunto de competências com aplicabilidade prática, promovendo o seu desenvolvimento profissional e a conseqüente melhoria dos cuidados de enfermagem.

A frequência desta modalidade formativa contribui ainda para a autonomia científica e académica e para a afirmação profissional da enfermagem, possibilitando a estruturação e a consolidação de um corpo de conhecimentos próprios da disciplina. No entanto, o enfermeiro também se forma e se desenvolve no contacto permanente com a prática. Neste contexto, “ao transformar o saber teórico em prática assistencial, o enfermeiro está construindo novo conhecimento; ou seja, está refazendo o que havia aprendido, sob a perspectiva assistencial” (Assad e Viana, 2005, p.587). De acordo com os autores supra citados (p. 591)

“o enfermeiro aprende a partir da prática, uma vez que a motivação para a aprendizagem surge de sua inserção no cotidiano das ações inerentes ao processo de cuidados na instituição hospitalar; aprende através da prática, porque é confrontando os conhecimentos e informações na realidade, coloca-se como ator, experimentando condutas novas e descobrindo soluções adequadas à situação; e finalmente aprende para a prática, pois se o ponto de partida do aprendizado está na ação, seu desfecho também o está, uma vez que o que fica interiorizado são os saberes aplicados na prática e que têm incidência direta sobre a sua vida profissional”.

Um outro estudo, exploratório, efetuado por Luís (2004), tendo por base uma amostra de 629 enfermeiros, revela-nos que 24,5% dos enfermeiros elegem a troca de ideias com os colegas como oportunidade utilizada para a sua atualização. A consulta regular de literatura especializada em enfermagem constitui outra das modalidades mais usadas para a atualização profissional, tendo sido manifestada por 23,5% dos inquiridos. Por último, apenas 10,7% dos enfermeiros elegem a frequência de cursos de formação como a modalidade mais utilizada para a atualização dos seus conhecimentos profissionais.

No mesmo estudo são destacados os momentos em contexto de trabalho aos quais os enfermeiros atribuem um nível de formatividade elevado ou muito elevado, nomeadamente as reuniões de passagem de turno ou de serviço, a prestação de cuidados ao utente, as interações com a equipa médica, a participação em projetos do serviço, os momentos de discussão, de troca de ideias e de experiências com os colegas de serviço e ainda a formação em serviço.

De facto, entender o trabalho como fonte de formação é compreendê-lo como estrutura que influencia a pessoa no seu todo, é entendê-lo como um laboratório de aprendizagem (Abreu, 1996; Assad e Viana, 2005).

Nos últimos anos, Abreu desenvolveu diversos estudos que demonstram o potencial da formação em contexto de trabalho. Este autor (1996, p.448) salienta que “a aprendizagem em meio de trabalho não envolve uma dinâmica molecular mas sim um processo de adaptação biunívoco dos atores ao meio físico e social circundante”. Trata-se de olhar a formação numa perspetiva ecológica, enquanto espaço impulsionador de transformação e de problematização das práticas que consideramos promotora do desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo, na qual a colaboração deve estar sempre presente.

De acordo com Bártolo (2008, p. 8) a formação em contexto de trabalho valoriza a experiência dos profissionais, permitindo:

“rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa, que se opõe radicalmente à exterioridade que tem caracterizado a formação das unidades de saúde; por outro lado, permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação. Nesta perspetiva, o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflete, aprende cuidando e cuida aprendendo”.

Neste âmbito, consideramos que o planeamento e a realização de diversas ações de enfermagem no quotidiano de uma unidade de saúde conduz ao desenvolvimento de competências que dificilmente se desenvolvem numa sala de formação.

Uma das modalidades de formação em contexto de trabalho bastante valorizada pelos enfermeiros consiste na formação em serviço. De facto, a natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que os enfermeiros privilegiem a formação em serviço como forma de se manterem atualizados, aprofundando e desenvolvendo os conhecimentos adquiridos na formação pré e pós graduada. A portaria nº 242 de 2011, recentemente publicada, salienta a necessidade e a importância da formação em serviço para os enfermeiros, de acordo com os projetos de desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e os objetivos da instituição de saúde.

A formação em serviço incide sobre as necessidades e os problemas concretos de cada serviço, desenrolando-se em simultâneo com a prática profissional, com o intuito de “integrar os conhecimentos teóricos detidos e obtidos pelos diferentes enfermeiros que

compõem a equipa. Passa pela reflexão, debate e exercitação da destreza manual e intelectual das situações concretas vividas no dia-a-dia de cada unidade” (Carneiro, 2000 citado por Costa e Costa, 2011, p. 2).

Nesta perspetiva, a equipa adquire um papel importante na aprendizagem. Tal como refere Bártolo (2008, p. 14) “o recurso estratégico ao saber multiprofissional é bem patente neste aprender em conjunto, quer a nível relacional, quer a nível técnico”, sendo a equipa multiprofissional reconhecida como apoio permanente à resolução de problemas e ao processo de integração na unidade.

Deste modo, entendemos que os conhecimentos e experiências partilhadas, a reflexão conjunta, a exposição das dificuldades sentidas, favorecem a aprendizagem colaborativa. Como nos diz Alarcão (2001, p. 59) “o olhar dos outros é muitas vezes mais penetrante que o nosso próprio olhar”, ajudando-nos na construção do saber e da profissionalidade, ajudando-nos no processo de aprendizagem colaborativa.

O estudo de Bártolo (2008) reforça esta linha de pensamento, ao concluir que o recurso ao grupo de trabalho tem sido cada vez mais utilizado, cumprindo diferentes objetivos, de forma a aprofundar conhecimentos técnicos, científicos e relacionais.

Esta prática contribui para a aprendizagem do grupo, ideia que remete para a organização aprendente de Senge (1998) que assenta em cinco disciplinas, nomeadamente o domínio pessoal, o desenvolvimento de modelos mentais, a construção de visão partilhada, a aprendizagem em equipa e, por último, o pensamento sistémico (Prates et al., 2010).

De facto, a maior parte das organizações, entre as quais, as instituições de saúde, sentem uma necessidade cada vez mais premente de uma aprendizagem partilhada de modo a poderem enfrentar de forma mais ativa os desafios emergentes e a imprevisibilidade dos contextos.

Neste âmbito, as organizações que aprendem são formadas por pessoas que expandem de forma contínua a sua capacidade de cumprir objetivos comuns, com o intuito de atingir os resultados que desejam, onde se estimulam padrões de comportamento novos e abrangentes (Riche e Alto, 2001).

Hoje, as instituições de saúde apresentam uma cultura própria uma vez que, apesar de continuarem alicerçadas em estratégias burocráticas e racionais, admitem, simultaneamente, a implementação de dinâmicas autónomas de mudança centradas nos profissionais de saúde.

Embora, as organizações aprendentes ainda estejam numa fase incipiente, no contexto das organizações de saúde, os atores do estudo de Bártolo (2008) confirmam a disposição de aprendizagem em torno de objetivos comuns.

Também as passagens de turno permitem canalizar os profissionais de saúde para um momento não formal de aprendizagem, assumindo-se como momentos de formação naturais, promotores do encontro dos enfermeiros do serviço, nos quais são problematizadas algumas necessidades relacionadas com as práticas diárias. Estas são frequentemente utilizadas para debater questões e problemas existentes no serviço, fomentando a prática reflexiva e conduzindo a uma melhoria significativa da qualidade dos cuidados de enfermagem.

3.3. Reflexão e Investigação

Autores como Uwamariya e Mukamurera (2005) associam o desenvolvimento profissional a uma perspetiva mais profissionalizante, orientada para a reflexão e a investigação.

A reflexão é manifestamente valorizada por todos os intervenientes no processo supervisiivo, na medida em que tanto o supervisor como o supervisionado abrem caminhos para o aprimoramento das práticas.

Na perspetiva de Alarcão e Roldão (2010, p. 30), a reflexão:

- “- motiva para uma maior exigência e autoexigência;
- consciencializa para a complexidade da ação docente e para a necessidade de procurar e produzir conhecimento teórico para nela agir;
- contribui para a perceção da relação teoria-prática como um processo de produção de saber e não como uma dicotomia servida por uma lógica de aplicação;
- promove uma atitude analítica da ação e da prática profissional;
- desenvolve o autoconhecimento e a autonomia;
- proporciona maior segurança na ação de ensinar;
- confere maior interesse e capacidade de experimentar novas abordagens”.

A reflexão é, de facto, transversal a todas as áreas do saber. De acordo com Alarcão (2001, p. 54), “a atividade de enfermagem implica agir, pela ação e pela palavra, na base da observação e da reflexão ancorada em conhecimentos”.

Salienta-se assim a importância da reflexão na enfermagem, na medida em que consiste num “meio que permite aos sujeitos através de um processo de descontextualização da

ação e de recontextualização, uma (re)construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar” (D`Espiney, 1996, p. 497).

Deste modo, o enfermeiro reflexivo é um profissional que não se satisfaz com o trajeto que percorreu até ao momento, encontrando-se mais preparado para lidar e contornar as imprevisibilidades dos contextos e a complexidade das situações com que se depara na sua atividade profissional.

Schön (1983, 1992) perspetiva a reflexão como uma faculdade mental que trata dos produtos da sensação e da perceção, caracterizando-se como uma experiência interativa e interpretativa usada na análise e na incorporação de estruturas do pensamento novas.

O mesmo autor dá destaque à reflexão na ação e sobre a ação. Estes dois tipos de reflexão complementam-se, devendo estar na base das ações desenvolvidas pelo profissional reflexivo.

A reflexão na ação acompanha a ação que está a decorrer, ou seja, é efetuada no decurso da ação, embora com alguns instantes de distanciamento que permitem reformular o que se está a fazer.

A reflexão sobre a ação é feita *à posteriori*, permitindo efetuar uma análise sobre a ação. Neste contexto, refletir sobre a experiência “significa o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se prolonga na, com e pela prática, tornando consciente algum saber tácito – criticando, examinando e melhorando. Supõe eleger como atuar à luz de uma situação particular, na qual nenhuma técnica aprendida ou dominada pode evitar a deliberação e a decisão” (Costa, 1998, p. 27).

Esta perspetiva é colocada em destaque por Mann et al. (2007) que, baseados em estudos de Gustafsson e Fagerberg (2004) e Teekman (2000), confirmam a ocorrência de processos de reflexão antes da ação, na ação e sobre a ação em enfermagem.

Nesta linha de pensamento, faz todo o sentido afirmar que a reflexão antes da ação e na e sobre a ação poderá ser efetuada coletivamente, o que nos conduz à colaboração, fundamental para quem trabalha em equipa, como é o caso dos enfermeiros. De facto, como salienta Schön (1983) “um prático poderá envolver-se num círculo de reflexão limitadora... provavelmente não irá longe a não ser que... outros o ajudem a ver o que ele procurou evitar ver” (in Alarcão, 2001, p. 59).

Outra das considerações que andam em torno do processo reflexivo consiste na existência de diferentes níveis de reflexividade. Kuiper e Pesut (2004) citados por Santos, (2009, p. 96) perspetivam a reflexão com base em três níveis, nomeadamente:

- “- Nível Um – não reflexão, ausência de pensamento reflexivo;
- Nível Dois – Consciência dos julgamentos, observações e descrições, avaliação do plano e avaliação das decisões;
- Nível Três – Processo de reflexão que inclui apreciação das necessidades para maior aprendizagem e consciência de que as rotinas não são adequadas e a mudança de perspectiva é necessária”.

Este paradigma da racionalidade crítica conduz à emergência de profissionais críticos, científica e tecnicamente competentes para assumir a complexidade do cuidar em saúde (Sá-Chaves e Silva, 2008). De facto, o carácter instável dos contextos são geradores de situações únicas e em constante evolução, num processo de inacabamento. É importante entender que os saberes se vão desatualizando e, como tal, deixam os profissionais despojados das suas convicções e certezas, criam desconforto, obrigando-os a começar tudo de novo (Sá-Chaves, 2007). No entanto, a mesma autora (2007, p. 88), refere que

“a dúvida é fecunda, que nela radica a hipótese da pesquisa de novas (e também instáveis) certezas e que os espaços de intervenção profissional escondem, na superficialidade das rotinas, diferenças abismais de dia para dia, de quarto para quarto, de doente para doente, de hospital para hospital, de médico para médico, de enfermeiro para enfermeiro, de escola para escola, de professor para professor, de criança para criança, de idoso para idoso, ou seja, de situação para situação”.

Estas diferenças exigem dos enfermeiros uma “metacompetência reflexiva e crítica, inteligente e estratégica que se traduz no saber pensar e na obrigação de o fazer a todo o instante no exercício das práticas” (ibidem, p. 88).

Esta metacompetência reflexiva:

“acrescenta mais qualidade à ação através de uma também mais complexa reflexão que a justifica, avalia e regula de forma continuada. E também porque responde, responsabilmente, aos porquês de fazer assim e não de outro qualquer modo. E ainda, porque conhece e respeita a singularidade de cada caso e procura ser-lhe resposta e remédio, pão e sustento nas palavras que diz, nos olhares com que incendeia o lume ténue da esperança, nos gestos com que aconchega e aquece o mar de desalentos que inunda os espaços de trabalho” (Sá-Chaves, 2007, p. 89).

Os enfermeiros reflexivos vão-se interrogar sobre cada uma das áreas do seu saber, na tentativa de dar resposta à “dúvida fecunda”. É desta forma que vão limando arestas, que vão progredindo.

Ao desenvolver-se profissionalmente, o enfermeiro aprimora os cuidados de enfermagem, tendo como objetivo a qualidade que, na ótica de Abreu (2002) passará obrigatoriamente pela capacidade do enfermeiro aprender a olhar para si próprio e para as práticas, entendendo-as como:

“um sistema complexo de interações, ocorridas num dado meio, que por sua vez enquadra a ação e a contextualiza com um conjunto de símbolos, através dos quais lhe confere uma significação. A prática implica a ocorrência de uma experiência. Na medida em que é campo de interações, de conflitos, de juízos de valor e de transformações pessoais e coletivas, na medida em que permite a reorganização dos contextos, com toda a sua história, tradições, simbolismos e regras, a prática permite ultrapassar o conjunto de saberes estabelecidos, apelando à construção de novos saberes a partir da interpelação dos preexistentes (Abreu, 2001, p. 138).

Comungamos desta visão, na medida em que a prática nos coloca em situações complexas e de difícil resolução, obrigando-nos a agir de forma rápida mas simultaneamente consciente e refletida, tendo sempre por base o relacionamento conosco próprios e com os outros. A prática submete-nos a uma análise constante e profunda do nosso desempenho e das nossas competências, o que nos faz evoluir como pessoas e como profissionais.

De acordo com Santos (2009, p. 89) a prática reflexiva tem vindo a ser cada vez mais valorizada e reconhecida enquanto:

“conceção e prática de uma nova epistemologia da educação (que) inclui como eixos estruturantes do processo o conhecimento de si, na dimensão consciência, a reflexão, enquanto prática que se expressa no poder do sujeito para reconstruir a vida social pela participação na comunicação, e o pensamento reflexivo, enquanto forma de pensar analítica e sensata com o objetivo de decidir em que se deve acreditar, fazer ou tomar decisões e agir socialmente responsável, elementos que caracterizam as diferentes asserções do pensamento metacognitivo”.

Esmiuchando este conceito, constatamos que a prática reflexiva se encontra interligada com o conhecimento que cada indivíduo tem de si próprio, com a reflexão sistemática que lhe atribui poder para intervir na sociedade e, por último, com o pensamento reflexivo que o leva a tomar decisões autónomas, ponderadas e responsáveis.

Não obstante, verificamos que muitas vezes, da prática reflexiva emergem inquietudes e interrogações que nos transportam para “voos” mais arrojados como é o caso da investigação em enfermagem. De facto, alguns autores têm vindo a incentivar e a

promover a participação ativa dos enfermeiros em projetos de investigação, uma vez que a investigação constitui um processo fundamental não só para o desenvolvimento profissional, como para o avanço da Enfermagem, enquanto disciplina e para o seu reconhecimento como profissão (D`Espiney, 1996; Streubert e Carpenter, 2002; Ordem dos Enfermeiros, 2003, 2010; Gameiro, 2003; Fortin, 2003).

A investigação em Enfermagem foi, durante muito tempo, totalmente descurada, o que fragilizou a identidade profissional e dificultou a criação de um corpo de conhecimentos próprio (D`Espiney, 1996). Só a partir da década de 50 é que se começou a dar os primeiros passos, tendo tido um reconhecimento maior nos dias de hoje, facto que é salientado pela Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 23) ao definir como competência profissional a valorização da investigação “como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados”, perspetiva corroborada por Fortin (2003, p. 18) ao afirmar que a investigação em Enfermagem contribui para “a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão”.

Neste âmbito, torna-se fundamental que a investigação científica seja percebida pelos enfermeiros como “um novo imperativo ético: um compromisso no sentido da melhoria contínua dos cuidados e da dignificação profissional” (Gameiro, 1999, p. 24), na medida em que, “os conhecimentos técnico-científicos podem e devem ser integrados na arte de cuidar, aumentando a capacidade de refletir, a plasticidade cerebral, a abertura às “coisas da vida” e à singularidade do outro” (ibidem, 2003, p. 12). De acordo com o mesmo autor (2003, p. 12), a investigação em enfermagem adquire hoje um reconhecimento único e valioso, pois é através da mesma que conseguiremos obter “um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, em alternativa ao conhecimento objetivo, explicativo e nomotético, característico da racionalidade científica dominante”.

Neste sentido, a investigação permite-nos, construir, (re)construir, (re)inventar e inovar o conhecimento e, conseqüentemente, as práticas clínicas. Através da investigação, os enfermeiros questionam a realidade que os rodeia e perseguem o trilho que os conduzirá na busca incessante de respostas às suas questões, acabando por produzir conhecimentos, fundamentais não só para o seu desenvolvimento, como para o da Enfermagem enquanto disciplina.

3.4. Uma abordagem ecológica do desenvolvimento profissional

Sendo este estudo desenvolvido à luz do modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner, consideramos fundamental efetuar uma breve apresentação da teoria que sustenta o referido modelo.

Bronfenbrenner (1980, 2002³) apresenta uma perspectiva teórica na qual a pessoa em desenvolvimento interage com o ambiente ecológico, que é concebido pelo autor, como um conjunto de estruturas encaixadas, nas quais, num nível mais interno (microsistema), se encontra o ambiente imediato conhecido e onde se integra e interage a pessoa em desenvolvimento. O segundo nível (mesosistema) transporta-nos para um caminho mais desconhecido, que requer um olhar para além dos simples ambientes e das relações que se estabelecem entre eles. O terceiro nível (exosistema) conduz-nos mais longe e “invoca a hipótese de que o desenvolvimento da pessoa é profundamente afetado pelos eventos que ocorrem em ambientes nos quais a pessoa nem sequer está presente” (Bronfenbrenner, 2002, p. 5). De acordo com o mesmo autor existe ainda um quarto nível estrutural (macrosistema) que também exerce a sua influência no sujeito em desenvolvimento e que está mais relacionado com o sistema de valores e ideologias de determinada sociedade ou cultura.

Para Bronfenbrenner (2002, p. 18) a ecologia do desenvolvimento humano

“envolve o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos”.

Este modelo de desenvolvimento humano tem sido alvo de análise por parte de alguns autores, nomeadamente Portugal (1992, p. 37) que considera que os pontos-chave do modelo assentam em três aspetos: “o modo como o sujeito é encarado”, como sujeito dinâmico, ativo, em desenvolvimento, capaz de recriar e reestruturar o meio envolvente; “a interação sujeito/mundo caracterizada pela reciprocidade”, na qual sujeito e ambiente se influenciam mutuamente e “o ambiente”, no qual todos os contextos, quer os mais imediatos, quer os mais latos, são considerados importantes para o desenvolvimento do sujeito.

³ Nesta data foi apenas apresentada uma versão traduzida em português.

Na sua definição de desenvolvimento humano, Bronfenbrenner (1980, p.27) salienta que “human development is the process through which the growing person acquires a more extended differentiated, and valid conception of ecological environment, and becomes motivated and able to engage in activities that reveal the properties of sustain, or restructure that environment at levels of similar or greater complexity in form and content”.

Neste contexto, e, segundo o autor citado, depreende-se que o desenvolvimento humano implica a ocorrência de uma mudança nas características da pessoa, ou seja, uma reorganização que requer uma determinada continuidade ao longo do tempo e do espaço e que ocorre em dois domínios, o da percepção e o da ação. Deste modo, a pessoa em desenvolvimento interage com diversos contextos, provocando-lhes modificações sendo, simultaneamente, modificada por eles.

Transpondo esta teoria para o presente estudo, consideramos que enquanto ser humano em desenvolvimento, o enfermeiro é constantemente influenciado pelo meio envolvente, interagindo com este, sendo que esta interação é bidirecional. Na sua prática profissional, este integra um sistema que está em constante mudança, em que são frequentes as inter-relações entre os diversos elementos, relações estas que podem facilitar ou inibir o seu desenvolvimento.

Quando, no exercício das suas funções, assume o papel de supervisor de estudantes ensino clínico, o seu microsistema fica mais rico, uma vez que vai interagir com os estudantes. Neste âmbito, Rua (2011, p.83) considera que os microsistemas assumem “uma importância capital, pois neles a pessoa realiza atividades, desempenha papéis e estabelece relações interpessoais” que, no seu conjunto, convocam o desenvolvimento das suas competências.

Microsistema

De acordo com Bronfenbrenner (2002, p. 18), um microsistema consiste num “padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas”.

Em contexto de trabalho, o enfermeiro supervisor interage sobretudo com os enfermeiros da equipa, com os elementos da equipa multidisciplinar, com os utentes/família/comunidade e com os estudantes, projetando neles a ação que sofreu da família, dos amigos, dos colegas e de outros ambientes.

A unidade de saúde, na qual desempenha a sua atividade profissional, exerce também uma grande influência na medida em que apresenta uma organização e dinâmicas específicas que podem ter um impacto positivo ou negativo sobre as práticas e a própria supervisão de estudantes. Por outro lado, a interação entre enfermeiro/unidade de saúde é recíproca, dado que as suas intervenções se encontram implicadas no processo de organização e estruturação da unidade.

A relação desenvolvida entre enfermeiro supervisor-estudante constitui uma díade, ou seja, um sistema de duas pessoas que “serve como bloco construtor básico do microsistema, possibilitando a formação de estruturas interpessoais maiores – tríades, tétrades e assim por diante” (Bronfenbrenner, 2002, p. 46).

A díade pode assumir três formas funcionais distintas: díade observacional, díade de atividade conjunta e díade primária.

No decurso do ensino clínico verificamos, claramente, o estabelecimento de díades entre o enfermeiro supervisor e o estudante. A díade observacional ocorre quando o estudante observa as atividades desenvolvidas pelo supervisor e este, simultaneamente dá resposta à atenção demonstrada.

Por sua vez, a díade observacional vai evoluindo para a díade de atividade conjunta. Neste caso, quer o supervisor, quer o estudante, ao realizar atividades que se complementam acabam por trabalhar em equipa. De acordo com Bronfenbrenner (2002, p. 47) “uma díade de atividade conjunta apresenta condições especialmente favoráveis não só para a aprendizagem no curso da atividade comum, mas também para uma crescente motivação para buscar e completar a atividade quando os participantes não estiverem mais juntos”.

Esta díade pode evoluir para a díade primária que se caracteriza pelo facto da relação estabelecida entre os dois membros continuar a existir mesmo quando estes não se encontram juntos. As díades primárias “exercem uma poderosa influência na motivação para a aprendizagem e na orientação do curso do desenvolvimento, tanto na presença quanto na ausência da outra pessoa” (Bronfenbrenner, 2002, p. 48).

Mesosistema

Nesta perspetiva ecológica o mesosistema pode ser encarado como um sistema de microsistemas, sendo alargado quando a pessoa em desenvolvimento integra um novo ambiente tal com refere o autor (1980, p. 25): “Mesosystem comprises the interrelations

among two or more settings in which the developing persons actively participates (such as, for a child, the relations among home, school, and neighborhood peer group; for an adult, among family, work, and social life”.

Transpondo para o nosso estudo, podemos considerar que o enfermeiro, no exercício das suas funções poderá ter necessidade de, direta ou indiretamente, estabelecer relações e desenvolver atividades em diferentes ambientes.

Exosistema

O exosistema “refers to one or more settings that do not involve the developing person as an active participant, but in which events occur that effect, or are affected by, what happens in the setting containing the developing person” (Bronfenbrenner, 1980, p. 25).

O exosistema é, nesta perspectiva, constituído por um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um ser ativo mas que a podem influenciar. De facto, tais ambientes funcionam como suporte para o desenrolar das atividades de outras pessoas que com ela interagem.

No que concerne à supervisão do estudante em ensino clínico, verificamos, por exemplo, que o estabelecimento de parcerias interinstitucionais e a duração temporal do ensino clínico constituem fatores que influenciam positiva ou negativamente o seu desenvolvimento.

Macrosistema

De acordo com Bronfenbrenner (1980, p. 26) o macrosistema “refers to consistencies, in the form and content of lower-order systems (micro-, meso-, and exo-) that exist, or could exist, at the level of the subculture or the culture as a whole, along with any belief systems or ideology underlying such consistencies”.

Daqui se depreende que o macrosistema se refere a contextos globais e culturais que exercem influência indireta no desenvolvimento humano.

Em contexto de ensino clínico, constatamos que o desenvolvimento quer do enfermeiro quer do estudante sofre influências do sistema político, nomeadamente das políticas de saúde e de formação de enfermeiros. A própria cultura e ideologias também podem inibir ou promover o desenvolvimento de ambos.

Tendo por base esta teoria apresentamos, na figura 1, o ambiente ecológico no qual o enfermeiro supervisor se encontra inserido.

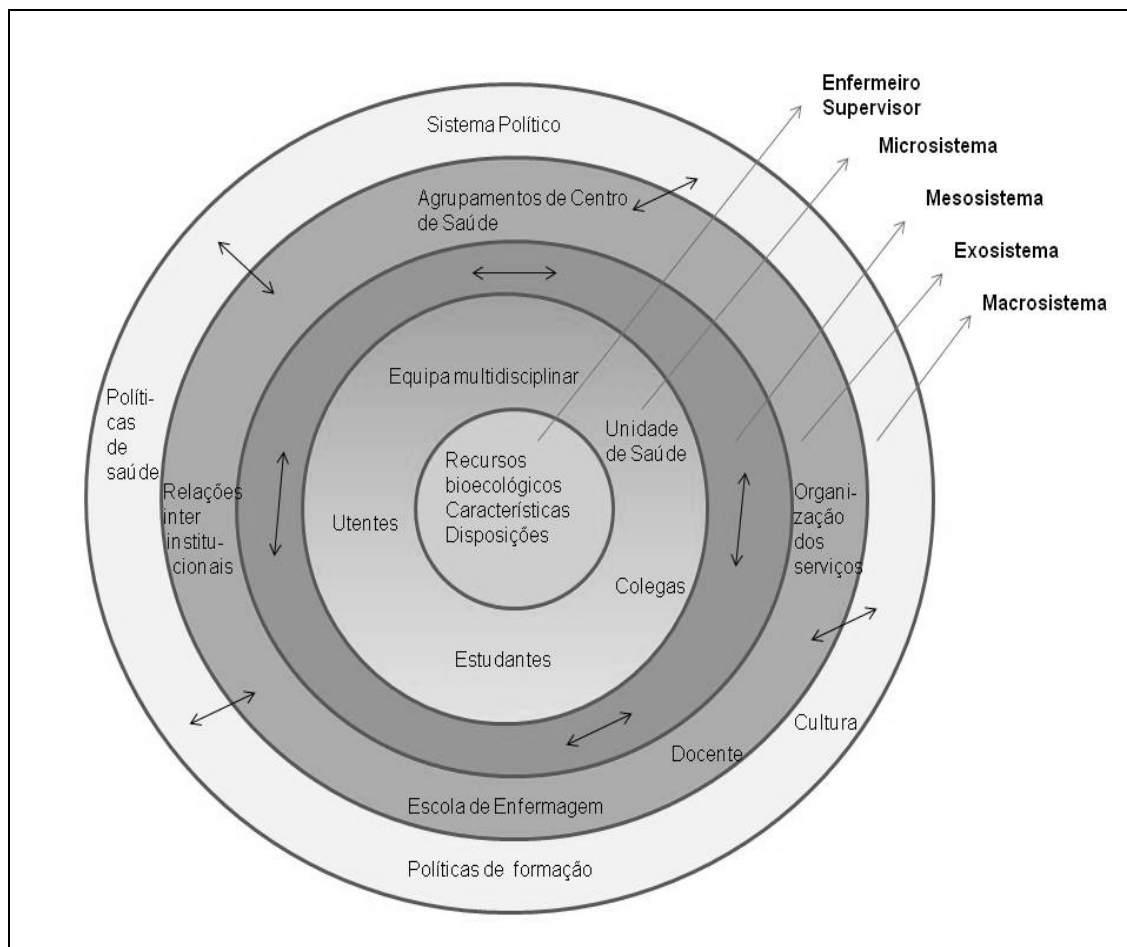


Figura 1 - Ambiente ecológico em que o enfermeiro supervisor se encontra inserido (adaptado de Rua, 2011, p. 83)

O modelo bioecológico

O modelo ecológico inicial de Bronfenbrenner (1980) coloca a tónica do desenvolvimento humano, nos contextos, sistemas ou ambientes, apresentando-os como os verdadeiros responsáveis por esse desenvolvimento. Mas as conceções deste psicólogo foram evoluindo e deram origem a um novo modelo – *modelo bioecológico* que coloca numa posição central, os processos de desenvolvimento com os quais a pessoa se encontra comprometida (Rua, 2011).

De facto, não existem contextos desabilitados; o que há são contextos ocupados por pessoas que interatuam com eles. E é precisamente nestas interações que a pessoa vai desenvolvendo competências, ajustando conhecimentos e aprimorando condutas.

O modelo bioecológico perspetiva o desenvolvimento humano como um percurso fortemente influenciado por quatro núcleos interrelacionados, nomeadamente o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

O *processo* constitui-se como o primeiro componente do modelo bioecológico e abrange formas particulares de interação entre a pessoa e o ambiente, denominados processos proximais, que operam ao longo do tempo e são vistos como os principais mecanismos que conduzem ao desenvolvimento humano.

No entanto, estes mecanismos variam em função das características da pessoa em desenvolvimento, dos contextos ambientais imediatos e mais distantes e dos períodos de tempo em que os processos proximais tomam lugar (Bronfenbrenner e Morris, 1998). Transpondo para o presente estudo, perspetivamos os processos proximais como as atividades executadas, os papéis assumidos e as relações estabelecidas pelo enfermeiro supervisor, desde que se verifiquem com alguma regularidade e por um período de tempo significativo (Rua, 2011).

A *pessoa* é o segundo elemento do modelo bioecológico, no qual os autores fazem a alusão a três tipos de características fundamentais: “dispositions, bioecological resources e demand characteristics” (Bronfenbrenner e Morris, 1998, p. 995).

As disposições são características da pessoa que podem colocar os processos proximais em movimento e conseqüentemente fomentar o desenvolvimento de competências - *desenvolvimentalmente geradoras*. No entanto, as disposições podem interferir, inibir ou retardar a ocorrência dos processos proximais e inibir o desenvolvimento de competências - *desenvolvimentalmente disruptivas*.

Os autores dão exemplos de disposições desenvolvimentalmente geradoras que passamos a citar: “curiosity, tendency to initiate and engage in activity alone or with others, responsiveness to initiatives by others, and readiness to defer immediate gratification to pursue long-term goals” (Bronfenbrenner e Morris, 1998, p. 1009).

Pelo contrário, disposições desenvolvimentalmente disruptivas podem apresentar dois polos:

“at one pole, they include such characteristics as impulsiveness, or, in a more extreme form, ready resort to aggression and violence; in short, difficulties in maintaining control

over emotions and behavior. At opposite pole are such Person attributes as apathy, inattentiveness, unresponsiveness, lack of interest in one`s surroundings, feelings of insecurity, shyness, or a general tendency to avoid or withdraw from activity” (Bronfenbrenner e Morris, 1998, p. 1009).

Os recursos bioecológicos constituem ativos e passivos biopsicológicos que influenciam a capacidade do organismo para se envolver efetivamente nos processos proximais. São também divididos em dois polos, sendo que o polo passivo integra as condições que limitam a integridade do organismo, tais como defeitos genéticos, baixo peso à nascença, deficiência física ou mental; por sua vez, o polo ativo, inclui as habilidades, conhecimentos e competências que vão evoluindo ao longo da vida, podendo alargar os domínios em que os processos proximais podem atuar de forma construtiva (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

As “demand characteristics of the person” foram traduzidas por Rua (2011, p. 94) como “atributos pessoais, que convidam ou desencorajam reações do contexto social e que podem fomentar ou inibir os processos proximais e que vão desde aspetos genéticos como a aparência física atrativa versus não atrativa, a hiperatividade versus passividade, até características demográficas como a idade, género ou etnia. Estas podem ser interpretadas como um potencial que a pessoa em desenvolvimento tem para receber atenção e afeto, por um lado, ou, por outro lado, despertar sentimentos negativos nas pessoas que fazem parte do seu contexto social”.

O terceiro componente do modelo, o *contexto*, abrange, como já vimos anteriormente, os contextos mais imediatos aos mais distantes (microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema) e que influenciam de forma mais ou menos direta a pessoa em desenvolvimento. No entanto, enquanto ser ativo, o ser humano é capaz de exercer influência nesses contextos, modificando-os, (re)construindo-os.

Por último, o *tempo*, aparece subdividido em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo:

“Microtime refers to continuity versus discontinuity within ongoing episodes of proximal process. Mesotime is the periodicity of these episodes across broader time intervals, such as days and weeks. Finally, Macrotime focuses on the changing expectations and events in the larger society, both within and across generations, as they affect and are affected by, processes and outcomes of human development over the life course” (Bronfenbrenner e Morris, 1998, p. 995).

Em suma, o modelo bioecológico perspectiva o desenvolvimento humano como um percurso influenciado por quatro núcleos que interagem entre si e que sustentam o referido modelo - o processo, a pessoa, o contexto e o tempo, tal como ilustra a figura 2.

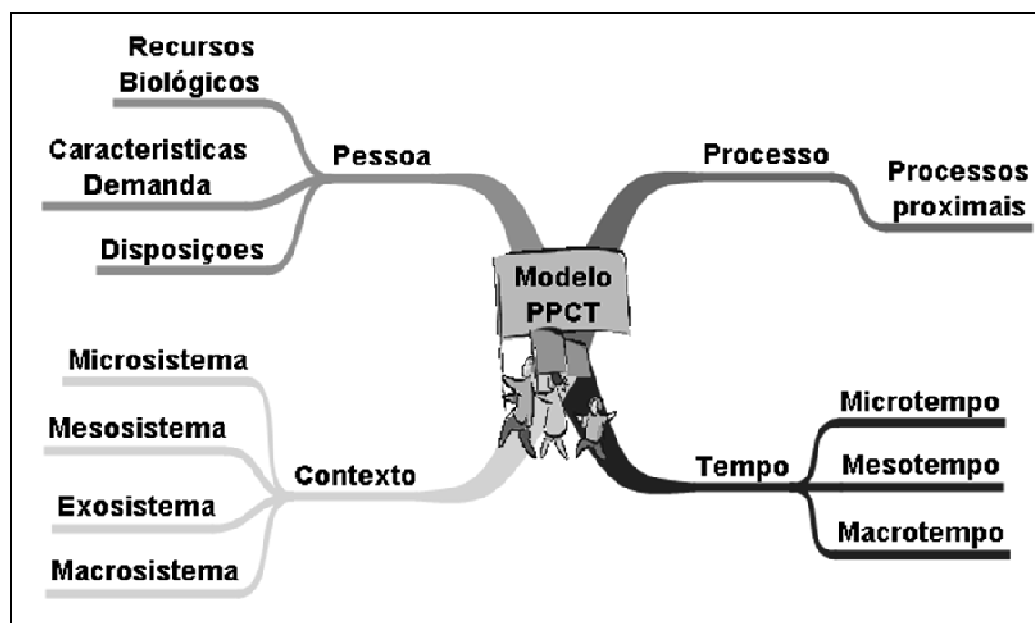


Figura 2 - Ilustração dos elementos fundamentais do modelo PPCT.
(baseado em Rua, 2011, p. 198)

A compreensão do desenvolvimento profissional do supervisor, em contexto de supervisão de estudantes em ensino clínico, à luz deste modelo, possibilita-nos um olhar mais abrangente dos diversos fatores que influenciam positiva ou negativamente o seu desenvolvimento profissional.

O processo abrange formas particulares de interação entre a pessoa – supervisor - e o ambiente, denominados processos proximais que operam ao longo do tempo e são vistos como os principais mecanismos que conduzem ao desenvolvimento humano. No entanto, estes mecanismos variam em função das características da pessoa em desenvolvimento (recursos biológicos, características de demanda e disposições), dos contextos ambientais imediatos e mais distantes (microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema) e dos períodos de tempo (microtempo, mesotempo, macrotempo) em que os processos proximais tomam lugar (Bronfenbrenner e Morris, 1998).

PARTE II - A INVESTIGAÇÃO

1. METODOLOGIA

A Enfermagem, como qualquer outra ciência, procura desenvolver constantemente um conjunto de conhecimentos científicos que possam ser fundamentais para a melhoria das práticas profissionais. Neste contexto, a investigação a desenvolver, mesmo num âmbito académico, deve pressupor uma metodologia adequada à natureza do trabalho com vista a dar resposta às questões de investigação colocadas. Autores como Fortin (2003, p. 22) salientam que “os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação”. Também Gil (1995, p. 27) considera que o método traça “o caminho para se chegar a um determinado fim”.

Neste âmbito, propusemo-nos desenvolver um estudo fenomenológico numa abordagem qualitativa, pois nesta abordagem o investigador tenta compreender os fenómenos no seu ambiente natural procurando encontrar significado nas vivências dos sujeitos. Tal como nos referem Bogdan e Biklen (1994, p. 51) “o processo de condução da investigação qualitativa reflete uma espécie de diálogo entre os investigadores e os respetivos sujeitos, dado estes não serem abordados por aqueles de uma forma neutra”.

Outros autores reforçam esta perspetiva ao salientarem que “os investigadores qualitativos ocupam-se na descoberta através de múltiplos modos de compreensão. Fazem perguntas sobre os fenómenos específicos e encontram um método ou uma abordagem apropriada para responder. A descoberta delibera a escolha do método (...)” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 18).

Este capítulo encerra, deste modo, a organização criteriosa das atividades desenvolvidas ao longo do estudo, apresentando a formulação das questões de investigação, a definição dos objetivos, o tipo de estudo e a sua contextualização, os participantes, os métodos e técnicas de recolha de dados e, por último a análise dos mesmos.

1.1. Questões e objetivos de investigação

Todo o trabalho de investigação emerge de um problema ou de uma questão do investigador, aos quais ele pretende dar resposta. Contudo “nem todas as questões que

se colocam dão origem a trabalhos de investigação” (Fortin et al., 2009, p. 72). Na perspectiva dos autores referidos, as questões que podem ser objeto de uma investigação comportam um determinado conjunto de características: “as questões de investigação são as que pressupõem um processo científico suscetível de fornecer conhecimentos generalizáveis” (ibidem, p. 72).

A nossa vivência enquanto enfermeira supervisora de estudantes em ensino clínico levou-nos a colocar a questão de investigação: Qual o impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor?

De forma a melhor sistematizar o processo de investigação formulamos duas “subquestões”:

- Será que a supervisão de estudantes em ensino clínico conduz à reflexão do enfermeiro supervisor sobre as suas práticas?
- Como se evidencia nas narrativas o impacto do processo superviso no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor?

Encontrar a resposta a estas questões contribuirá para atingir os objetivos definidos. Neste sentido, a definição dos objetivos do estudo constitui uma fase crucial do processo investigativo, uma vez que “são as orientações do estudo, e é preciso tê-los em mente durante todo o seu desenvolvimento (Sampieri et al., 2006, p. 35).

Assim, definimos como objetivo geral:

- Compreender o impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor.

Em complementaridade, foram traçados dois objetivos específicos:

- Identificar evidências do processo reflexivo do enfermeiro supervisor durante a supervisão de estudantes em ensino clínico;
- Identificar as representações dos enfermeiros supervisores sobre as mudanças nas práticas resultantes da sua implicação no processo superviso de estudantes em ensino clínico.

1.2. Tipo de estudo

A revisão da literatura permitiu-nos identificar o objeto do estudo que, pela sua natureza, conduziu ao desenvolvimento metodológico com as características de estudo de caso. Entendemos, portanto, ser este o tipo de estudo mais adequado para dar resposta à questão de investigação e aos objetivos propostos.

O estudo de caso é usado em diversas situações como método de investigação, de forma a “contribuir ao nosso conhecimento dos fenómenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados” (Yin, 2010, p.24).

A mesma autora reitera este pensamento ao salientar que o estudo de caso “investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real (...)” (p. 39) permitindo que o investigador retenha “as características holísticas e significativas dos eventos da vida real (...)” (p. 24).

Pretendemos, à semelhança do que propõe Yin (2010), estudar uma problemática contemporânea, num contexto organizacional específico. Trata-se portanto, de um estudo de caso único.

Na nossa investigação, o estudo de caso reúne as três tipologias utilizadas com a finalidade de pesquisa. Desta forma, podemos considerar que o estudo de caso é de natureza explanatória, descritiva e exploratória, na medida em que pretendemos compreender, descrever e explorar os fenómenos em contexto da vida real (Yin, 2010). O fenómeno em estudo reporta-se ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros supervisores decorrente da supervisão de estudantes em ensino clínico.

Como unidades de análise foram selecionados os enfermeiros supervisores que desempenham funções num centro de saúde integrado num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), e que aderiram ao estudo.

A análise de informação será intensiva e contínua com vista à atribuição de significação aos dados recolhidos, através de um conjunto de dados oriundos das fontes de informação: narrativas escritas e entrevistas semiestruturadas.

1.3. Contextualização do estudo

Nos últimos anos, o Sistema Nacional de Saúde tem vindo a sofrer um conjunto de reformas no sentido de responder aos crescentes desafios de um mundo em constante mudança. Os cuidados de saúde primários não ficaram à margem deste processo reformativo, uma vez que são entendidos como “o pilar central do sistema de saúde” (Presidência do Conselho de Ministros, 2005, p. 79).

Desta forma, as reformas empreendidas nos cuidados de saúde primários compreendem um conjunto de medidas a fim de flexibilizar a organização e o planeamento dos

recursos, no sentido da melhoria da qualidade de cuidados de saúde prestados que se pretendem que sejam acessíveis, adequados, efetivos e eficientes, respondendo às expectativas dos utentes e dos profissionais. Estas reformas impõem aos profissionais de saúde, não só uma constante atualização de conhecimentos, mas também, uma adaptação eficiente às novas políticas de saúde.

O presente estudo decorreu num centro de saúde integrado num ACES da ARSN, o qual presta cuidados de saúde à população de dois concelhos e pretende ser reconhecido como um centro de excelência na prestação de cuidados de saúde primários. Tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários personalizados, contínuos e globais à população residente na área de influência do ACES. Os seus valores prendem-se com a responsabilização de todos os profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde, a participação e transparência, a confiança, o respeito, a humanização, a solidariedade e a partilha de conhecimentos e experiências (Costa et al., 2011).

O referido centro de saúde é composto por 19 unidades funcionais⁴, das quais fazem parte 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), 8 Unidades de Saúde Familiar (USF), 1 Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), 1 Unidade de Saúde Pública (USP), 1 Centro de Diagnóstico Pneumológico e 1 Núcleo de Atendimento de Paralisia Cerebral.

Para assegurar o funcionamento das diversas unidades funcionais, em termos de recursos humanos, o Centro de Saúde dispõe de 91 enfermeiros, 94 médicos de medicina geral e familiar, 5 médicos de saúde pública, 1 psicóloga, 2 técnicos de serviço social, 28 assistentes operacionais, 63 assistentes técnicos, 1 fisioterapeuta, 1 higienista oral, 1 terapeuta da fala e 1 terapeuta ocupacional (Costa et al., 2011).

Enquanto estrutura de primeira linha de cuidados de saúde ao indivíduo/família/comunidade, os profissionais que integram os cuidados de saúde primários têm a responsabilidade de desenvolver a sua atividade no local onde o cidadão vive, trabalha e se relaciona.

Estas intervenções incluem não só as dirigidas ao indivíduo/família saudável ou dependente, orientadas para a prevenção, resolução ou palição de problemas, mas também, as dirigidas a grupos inseridos em ambientes específicos, numa perspetiva de

⁴ As 19 Unidades funcionais estão distribuídas pelas 31 freguesias do concelho que tem uma área de 215,6 km², uma densidade populacional de 660 habitantes/Km² (CMSMF, 2011), 139 393 habitantes e 49051 famílias (INE, 2011).

promoção de competências individuais e grupais que capacitem o cidadão no sentido da proteção da sua saúde.

Dos profissionais que exercem funções no centro de saúde, daremos mais destaque ao grupo dos enfermeiros, por serem estes os atores em estudo.

Deste modo, dos 91 enfermeiros que fazem parte da referida instituição de saúde, 38 encontram-se habilitados para exercer funções de supervisão tendo frequentado pelo menos uma ação de formação sobre supervisão de estudantes em ensino clínico, ministrada por profissionais de saúde do ACES.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010, p. 6), o supervisor “tem a missão de facilitar e apoiar a socialização do supervisionado, na equipa multiprofissional e ao seu novo papel (indução e/ou transição socioprofissional), e simultaneamente o de garantir que este o assume de forma gradual, segura e responsável”, o que vai ao encontro do que é preconizado pelo próprio ACES. Sempre que um centro de saúde recebe estudantes em ensino clínico, os enfermeiros supervisores são contactados no sentido de se verificar a sua disponibilidade para assumir funções supervisivas e se proceder à avaliação dos contextos que, naquele momento, apresentam idoneidade formativa para o ensino clínico requerido pela escola de enfermagem.

O estudo foi regulado pelos princípios éticos decorrentes da investigação com seres humanos. Como tal, foram diligenciados alguns procedimentos fundamentais para o seu desenvolvimento, no sentido de proteger a integridade física e psicológica dos participantes. Deste modo, aquando da abordagem dos enfermeiros para integrar o estudo foram explicados os objetivos da investigação e obtido de forma espontânea o consentimento livre e informado, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos dados.

Estas diligências foram antecedidas pela obtenção da autorização para a realização do estudo por parte do diretor executivo do respetivo ACES, como se documenta no anexo I.

A primeira fase da colheita de dados – narrativa escrita dos atores - foi realizada nos meses de julho e agosto e a segunda fase – entrevista semiestruturada - foi efetuada no período de 14 de Novembro a 6 de Dezembro de 2011.

Durante a fase de colheita de dados nenhum dos atores do estudo estava a assumir funções supervisivas de estudantes em ensino clínico.

1.4. Participantes no estudo

Para desenvolver este estudo e, na impossibilidade de inquirir todos os enfermeiros do Centro de Saúde que realizam supervisão de estudantes em ensino clínico, tornou-se necessário delimitar o número de participantes.

Vários autores salientam que a preocupação do investigador qualitativo consiste em descrever de forma densa e enriquecedora o fenómeno em estudo, destacando a importância do envolvimento ativo dos participantes no estudo neste processo, uma vez que se encontram mais disponíveis para melhor compreendermos as suas vidas e as suas interações (Streubert e Carpenter, 2002). Neste âmbito, a nossa preocupação consistiu, sobretudo, em selecionar enfermeiros que se disponibilizaram para colaborar e participar ativamente no estudo.

A seleção dos participantes no estudo emergiu duma primeira abordagem efetuada aos enfermeiros que exercem funções no referido centro de saúde e que detinham, simultaneamente, experiências de supervisão de estudantes em ensino clínico. Posteriormente foram selecionados aqueles que livremente aceitaram participar no estudo, num total de cinco.

Convém ressaltar que o grupo profissional de enfermagem “é muito jovem”, uma vez que o quadro de dotação de pessoal sofreu um aumento considerável nos últimos anos resultante das reformas empreendidas e que possibilitaram o ajustamento do número de enfermeiros às necessidades reais apresentadas pelas unidades funcionais.

Relativamente à caracterização dos sujeitos participantes constatamos que:

- São todos do género feminino, casados, com idades compreendidas entre os 27 e os 32 anos, sendo a média de 30,2 anos;
- Quanto às habilitações literárias, todos os sujeitos detêm o grau de licenciatura. Três enfermeiras possuem formação pós-graduada, nomeadamente o curso de pós-licenciatura de especialização. Destas três, uma é detentora do grau de mestre em Saúde Pública.
- Relativamente ao tempo de serviço: duas enfermeiras têm 11 anos; uma tem 10 anos, uma tem 9 anos e uma tem 6 anos, sendo a média de 9,4 anos.

- Todos os participantes detêm experiência em supervisão de estudantes em ensino clínico, embora o tempo de desempenho de funções de supervisor varie entre um e quatro anos, sendo a média de 3 anos.
- A totalidade dos participantes realizou formação em supervisão facultada pelo ACES e destes, três realizaram por iniciativa própria, formação avançada em supervisão, mais concretamente o curso de supervisão clínica em enfermagem, com uma carga horária de 40 horas.

1.5. Métodos e técnicas de recolha de dados

De acordo com a perspectiva de Yin (2010), o estudo de caso caracteriza-se pela existência de múltiplas fontes de evidência. No nosso estudo recorreremos a duas fontes de colheita de dados. Numa primeira fase recolhemos narrativas escritas dos atores do estudo, de forma livre, com o intuito de compreender as perspetivas gerais dos participantes sobre tema (Bodgan e Biklen, 1994).

As narrativas “revelam o modo como os seres humanos experienciam o mundo e implicam reflexões a níveis de profundidade variados” (Alarcão e Tavares, 2003, p. 104). O ato da escrita ajuda o sujeito a analisar várias facetas da sua vida, revelando filosofias e padrões de atuação, expondo a sua avaliação particular dos aspetos de sucesso e de insucesso, exigindo que este se encontre intimamente com ele próprio e com o mundo que o rodeia (ibidem).

Na mesma linha de pensamento, Benner (2001) destaca o potencial das narrativas, ao reconhecê-las como um ato que pressupõe uma implicação pessoal por parte da pessoa que “conta a história”, permitindo-lhe descrever e analisar o conhecimento inerente à prática de enfermagem e ainda descobrir novas competências e conhecimentos. De facto, e segundo a autora, a pessoa que fornece as narrativas também aprende ao narrar as suas histórias.

Consideramos que as narrativas dos atores em estudo constituíram uma plataforma para a construção do guião da entrevista, possibilitando a sua personalização.

Streubert e Carpenter (2002) aconselham a deixar instruções aos participantes para que estes incidam as suas narrativas sobre as informações que desejamos colher, uma vez que o investigador não se encontra presente no ato da escrita. Desta forma, elaboramos

um documento com pontos-chave a ser desenvolvidos pelos participantes do estudo aquando da realização das narrativas (anexo 2).

Decorrida a fase das narrativas escritas, competiu ao investigador efetuar uma primeira análise dos dados obtidos, de forma a adicionar ao guião da entrevista perguntas que complementassem e/ou clarificassem alguns dos dados produzidos.

Passamos, desta forma à segunda fase, na qual recorreremos à entrevista semiestruturada, com vista à recolha de dados descritivos relatados pelo sujeito em estudo, utilizando um guião semiestruturado (anexo 3), possibilitando, deste modo, a obtenção de respostas direcionadas para aquilo que o investigador pretende, dando no entanto, oportunidade ao sujeito de moldar os conteúdos abordados na entrevista (Bodgan e Biklen, 1994).

O guião semiestruturado permitiu, não só a focalização nas questões previamente formuladas, evitando desvios relativamente aos aspetos sobre os quais recaiu o estudo, mas também, a introdução das adaptações julgadas necessárias, em função das respostas dadas pelos entrevistados.

Nesta ótica, Estrela (1984, p. 342) considera que a entrevista tem como finalidade a “recolha de dados de opinião que permitam não só fornecer pistas para a caracterização do processo em estudo, como também conhecer, sob alguns aspetos, os intervenientes do processo. Isto é, se, por um lado, se procura uma informação sobre o real, por outro, pretende-se conhecer algo dos quadros concetuais dos dadores dessa informação, enquanto elementos constituintes desse processo”.

Também Lakatos e Marconi (2001, p.43) consideram a entrevista como “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional (...) tem como objetivo principal a obtenção de informações do entrevistado, sobre determinado assunto ou problema”.

O guião geral da entrevista é constituído por seis blocos temáticos, os quais apresentamos na tabela seguinte:

Bloco Temático	Descrição
Bloco Temático A	Legitimação da entrevista e caracterização do entrevistado
Bloco Temático B	Representações do enfermeiro supervisor sobre a supervisão
Bloco Temático C	Representações do enfermeiro supervisor sobre a formação contínua em enfermagem
Bloco Temático D	Representações do enfermeiro supervisor sobre a reflexão que emerge do processo supervisionado
Bloco Temático E	Representações do enfermeiro supervisor sobre as mudanças nas práticas resultantes da sua implicação no processo supervisionado de estudantes em ensino clínico
Bloco Temático F	Finalização

Tabela 3 - Blocos Temáticos do Guião da Entrevista

As entrevistas foram realizadas no período de 14 de Novembro a 6 de Dezembro de 2011, no contexto organizacional em estudo, em diversas unidades funcionais, nomeadamente, na UCC, na USP e em duas USF.

Quer a data, quer o local da realização das entrevistas foi acordado previamente com os atores em estudo, de modo a facilitar a sua consecução em tempo útil.

O recurso à entrevista semiestruturada revelou-se, de facto, uma opção acertada, uma vez que, por ser mais flexível, promoveu as adaptações necessárias para que a informação recolhida fosse a mais relevante para o estudo.

As entrevistas foram áudio gravadas, com a anuência dos participantes, tendo cada entrevista demorado, em média, 30 minutos. Posteriormente foram transcritas e enviadas ao respetivo ator em estudo, de forma a garantir a sua validade.

1.6. Análise dos dados

A análise de dados consiste num processo rigoroso, no qual se procura organizar de forma sistemática os dados recolhidos, de forma a compreendê-los e apresentá-los aos outros (Bogdan e Biklen, 1994).

Situando-se este estudo num paradigma qualitativo, a análise dos dados foi efetuada através da técnica de análise de conteúdo e que, de acordo com o que pressupõe Bardin (2000, p.42), se define como:

“um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ receção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A análise de conteúdo organiza-se em três fases principais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Bardin, 2000).

Deste modo, a primeira etapa destinou-se à leitura flutuante dos documentos, à constituição do corpus e ainda à elaboração dos indicadores a serem adotados na análise.

A segunda etapa, a exploração do material, consistiu em operações de codificação, decomposição e enumeração⁵.

Na última etapa, tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 2000).

Partindo destes pressupostos, procedemos à identificação de palavras, frases e/ou comportamentos reveladores da experiência narrada, o que possibilitou o arranjo de diversos domínios que fomos organizando numa estrutura de matriz categorizadora.

De facto, o investigador, “à medida que vai lendo os dados, repetem-se ou destacam-se certas palavras, frases, padrões de comportamento, formas dos sujeitos pensarem e acontecimentos” (Bogdan e Biklen, 1994, p. 221).

⁵ Tipo de códigos: Entrevista Supervisor A – ESA; Entrevista Supervisor B – ESB; Entrevista Supervisor C – ESC; Entrevista Supervisor D – ESD; Entrevista Supervisor E – ESE; Narrativa Supervisor A – NSA; Narrativa Supervisor B – NSB; Narrativa Supervisor C – NSC; Narrativa Supervisor D – NSD; Narrativa Supervisor E – NSE.

Procedemos, desta forma, à categorização que, de acordo com Bardin (2000, p. 117) consiste numa “operação de classificações de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos”.

Neste contexto, recorremos à definição de categorias de codificação à *priori*, em função dos objetivos e questões de investigação, em conjugação com a revisão de literatura e o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998). Este procedimento permitiu-nos codificar as unidades de texto emergentes das narrativas, por forma a dar resposta à questão de investigação.

Para facilitar e potenciar a análise dos dados recolhidos recorremos ao *software* de apoio à análise qualitativa WEBQDA. Este *software* possibilitou a indexação dos documentos alvo de análise (fontes) e a sua codificação que segue uma lógica de estrutura em árvore, cujos nós se vão subdividindo. Tendo subjacente uma lógica da hierarquização dos nós, organizamos os mesmos em domínios, categorias e subcategorias.

A construção da “árvore” implicou introspeção, reflexão, reorganização e sistematização dos dados para posterior análise e interpretação dos resultados, à luz do quadro teórico apresentado na primeira parte do estudo e do modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998).

A estrutura final da árvore apresenta um nó isolado na raiz/dimensão que corresponde ao desenvolvimento profissional, o qual se subdivide em quatro ramos/domínios: pessoa, processo, contexto e tempo, tal como ilustra a figura 3. Cada nó criado implica a definição clara do mesmo, de modo a fundamentar as unidades de texto que nele serão integradas.



Figura 3 - Visualização dos ramos da árvore (dimensão e domínios)

No domínio pessoa, tal como demonstra a figura 4, emergiram as seguintes categorias: características de demanda, disposições, recursos bioecológicos, papel do supervisor, conhecimento de si, conhecimento do supervisando, formação e satisfação.

A categoria formação foi ainda dividida em subcategorias, nomeadamente em formação contínua, formação formal, formação em contexto da prática e contributos para o desenvolvimento profissional.



Figura 4 - Visualização das categorias da pessoa

No domínio processo emergiram duas grandes categorias: as estratégias de supervisão e as dificuldades na supervisão a partir das quais foram consideradas como subcategorias a observação, a reflexão e as perguntas pedagógicas. Salienta-se que a reflexão se encontra subdividida em momento da reflexão, processos de reflexão, foco da reflexão e importância da reflexão.

Por sua vez, as dificuldades na supervisão apresentam três subcategorias, nomeadamente a preparação para a tarefa, condições para a tarefa e estratégias para ultrapassar dificuldades, como podemos constatar na figura 5. As condições para a tarefa decompõem-se ainda em disponibilidade, colaboração da equipa, falta de reconhecimento, acumulação de funções e dificuldades nas parcerias interinstitucionais.

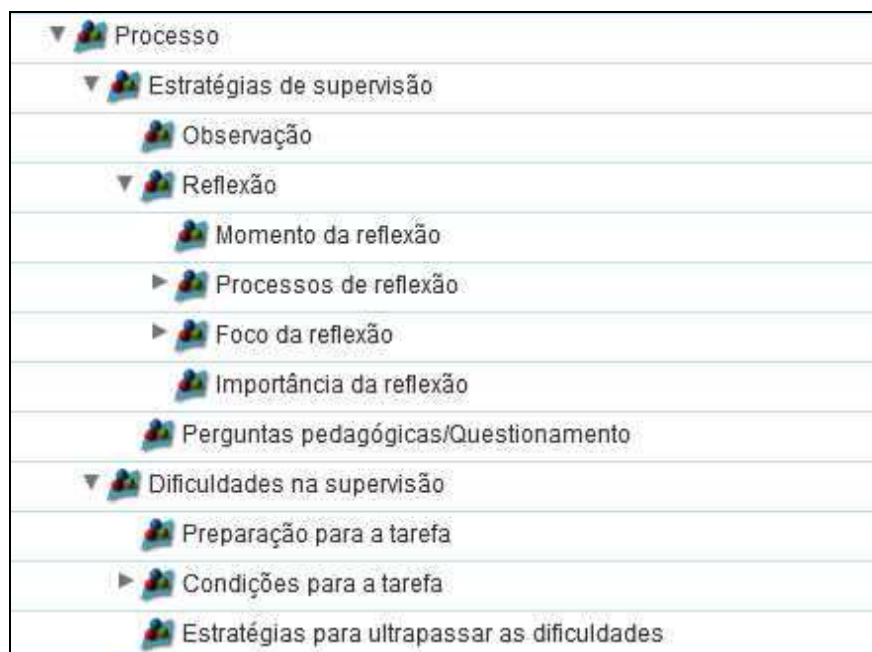


Figura 5 - Visualização das categorias e subcategorias do processo

No domínio contexto surgiram as categorias microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema. No microsistema emergiram as subcategorias características do local, atmosfera envolvente e relação supervisiva. Relativamente à categoria exosistema consideramos a subcategoria relacionamento interinstitucional, tal como se apresenta na figura 6.



Figura 6 - Visualização das categorias e subcategorias do contexto

No que concerne ao domínio tempo consideramos as categorias microtempo, mesotempo, e macrotempo, tal como se apresenta na figura 7.

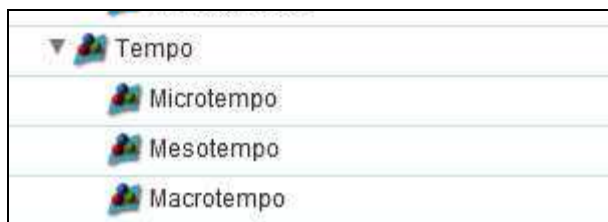


Figura 7 - Visualização das categorias do tempo

Após a análise cuidada das narrativas produzidas pelos atores do estudo, indexamos as unidades de texto a cada categoria, nunca perdendo de vista a busca de resposta à questão de investigação.

Prosseguimos no próximo ponto com a análise dos dados.

2. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO SUPERVISOR À LUZ DO MODELO BIOECOLÓGICO

Neste ponto iremos apresentar e analisar os dados emergentes das narrativas para responder à questão de investigação formulada: Qual o impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor?

Neste propósito apresentamos os dados emergentes das narrativas de acordo com a perspectiva bioecológica, que pressupõe a influência dos quatro elementos - *processo, pessoa, contexto e tempo* como elementos estruturantes do desenvolvimento.

2.1 Pessoa

Relativamente à pessoa não foram frequentes as referências dos supervisores dado ser difícil para os mesmos, ao fazerem a reflexão sobre as suas próprias características, encontrarem nelas motivo para interferir no desenvolvimento profissional decorrente do processo supervisivo. Neste âmbito, emergem como aspetos fundamentais suscetíveis de influenciar o seu desenvolvimento as **disposições geradoras**, porquanto foram mencionadas pelos supervisores como promotoras dos processos proximais:

“Há pessoas que por muita formação que façam, é complicado, têm que ter uma mente muito aberta para fazerem as coisas de forma a que os estudantes tenham oportunidade para trilhar o seu próprio caminho, porque às vezes temos tendência em moldá-los à nossa imagem e não é isso que se pretende” (ESA).

“A nossa própria forma de ser é testada e temos de nos adaptar à outra pessoa e adaptar as estratégias de supervisão aos diversos estudantes, de forma a que, no global, eles tenham experiências enriquecedoras.” (NSD).

Relativamente ao **papel do supervisor**, no que se refere à influência que o mesmo pode ter no seu processo de desenvolvimento, os atores destacam a importância do apoio e da entreajuda que facultam ao estudante para que este concretize os objetivos propostos para o ensino clínico, respeitando o seu ritmo de desenvolvimento. Esta reflexão só por si já é um elemento a considerar relativamente ao desenvolvimento profissional do

supervisor, que não desempenha o papel sem uma sustentação do mesmo, como nos referem as narrativas:

“Da ideia que tenho, acho que o papel do supervisor é apoiar, orientar o estudante, na sua formação, uma formação neste caso mais prática, fazer essa ligação muito entre a teoria e a prática, sempre no sentido de levá-lo a atingir os objetivos que ele tem para esse estágio, com a visão final sempre da qualidade, da excelência dos cuidados... fazer uma supervisão muito assente na reflexão (...) Devemos vestir a camisola (...) temos que ajudá-lo a atingir os seus objetivos, seja ele menos bom, mais fraco, menos fraco... isso não existe. Existe um aluno que tem capacidades diferentes do outro” (ESB).

“O papel do enfermeiro supervisor é ser um verdadeiro parceiro do estudante e isso implica que o compreenda, que o escute, que desenvolva uma verdadeira parceria, parceria esta que fomente o desenvolvimento de competências, o ser melhor profissional e melhor pessoa. Ao mesmo tempo, o enfermeiro supervisor deve servir de espelho e constituir um exemplo de boas práticas, ajudando o estudante na prossecução dos objetivos preconizados para aquele ensino clínico” (ESC).

O **conhecimento de si próprio** (das suas capacidades e necessidades) possibilita ao supervisor conhecer e orientar as dimensões inerentes ao processo superviso, identificando as suas necessidades formativas, de modo a ter sucesso no mesmo. Neste âmbito, o autoconhecimento constitui um motor de desenvolvimento profissional:

“Pessoalmente, sempre que sou solicitada para supervisionar alunos, sinto necessidade melhorar os meus conhecimentos nesta temática a fim de dar o meu melhor na vivência formativa dos futuros enfermeiros” (NSD).

“Eu também já fui aluna e também já passei por uma fase de desmotivação e lembro-me na altura de ter uma orientadora que (...) me fez (...) perceber que não era a fase ideal para desmotivar naquela altura (...) e marcou toda a diferença, e nesse sentido as nossas experiências anteriores também acabam por influenciar” (ESB).

Relativamente ao **conhecimento do supervisando** os atores consideram que é importante conhecer as suas características para que a sua individualidade e personalidade sejam respeitadas e desta forma possam ajustar as estratégias supervisivas a cada estudante, individualmente, e não como uma parte de um grupo ao qual é exigido o mesmo trabalho.

Ao referir estes aspetos o supervisor evidencia algum impacto do processo supervisivo demonstrando preocupação com cada estudante:

“Quando temos um estudante devemos procurar conhecê-lo e adaptar os estilos supervisivos de forma a emponderá-lo, ou seja, de modo a desenvolver competências que lhe permitam chegar à qualidade dos cuidados de enfermagem” (NEB).

“As estratégias, algumas são gerais para todos, mas depois podemos usar para uns alunos umas e para outros outras, de acordo com as características de personalidade, de acordo com as vivências daquele estudante, com todas as experiências anteriores, de acordo com o local específico do ensino clínico, vão sendo adaptadas a cada estudante” (ESE).

Para além dos aspetos referenciados, a **formação contínua** emerge nas narrativas como um elemento essencial para o desenvolvimento profissional dos supervisores. Estes fazem alusão aos contributos dessa formação evidenciando a necessidade de (re) estruturar as suas práticas num sentido evolutivo:

“Eu acho que não se concebe a enfermagem, com as novas mudanças, as próprias mudanças que têm havido e as reestruturações na própria saúde que também nos obrigam a readaptarmos, obrigam a diferentes cuidados, a mudanças nos cuidados, eu acho que não se concebe isso sem a formação” (ESD).

“Um bom profissional também se apercebe que se há alguma dificuldade na realização ou na adaptação a alguma circunstância acho que a formação também melhora a sua segurança, o seu desempenho” (ESC).

“(…) é uma das formas de ir evoluindo, de não se ficar agarrado a ideias anteriores” (ESE).

Dentro da formação contínua, a **formação formal** é considerada importante para o desenvolvimento profissional e a consequente melhoria dos cuidados de enfermagem. Das narrativas emergem as necessidades de formação em supervisão, decorrentes das experiências de supervisão de estudantes em ensino clínico, facto que revela a preocupação dos atores com o desenvolvimento de competências nesta área:

“Mais tarde senti necessidade de frequentar um curso em supervisão de 30 ou 40 horas que foi lecionado (...) na Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis” (ESC).

“Sobretudo após a supervisão dos primeiros estudantes tive necessidade de realizar um curso de formação de supervisão clínica devido ao facto de sentir que é uma atividade exigente, que requer conhecimentos muito específicos (NSE).

No entanto, os supervisores advertiram para a importância da formação ser transversal à equipa, ou seja, para que a formação tenha os resultados preconizados, torna-se fundamental que todos os elementos participem dela, de forma a gerar consensos e a uniformizar procedimentos e linguagens. Só uma equipa motivada e formada poderá trabalhar para um objetivo comum, contribuindo para o desenvolvimento profissional da mesma:

“Os resultados, na prática, o que é que nós constatamos... fazemos uma formação de enfermagem, dizem que temos competências para isto ou para aquilo mas quando vamos para o contexto de trabalho vemos que não é possível aplicar porque nem todos ouviram aquela formação, por isso não compreendem e não aceitam... Então acaba por vezes por não ter muito efeito. No entanto, em termos de objetivos da formação contínua é realmente conseguir chegar aos contextos e conseguir aperfeiçoar as práticas, não é? E lá está, o aperfeiçoar implica que todos tenham a mesma linguagem, que tenham todos esse mesmo conhecimento” (ESE).

O enfermeiro também aprende e se desenvolve a partir da **prática**. A sua motivação para a aprendizagem decorre muitas vezes da própria prática que acaba por ser geradora de novas situações, novos conhecimentos e interpelações, às quais é preciso dar resposta. Deste modo, a prática é em si mesma, um modo do enfermeiro obter conhecimento como nos referem os atores:

“As questões relacionadas sobretudo com a área da saúde materno-infantil foram as que conduziram a um maior aprofundamento dos meus conhecimentos, inclusivamente tive necessidade (...) de trocar conhecimentos com alguns colegas e de refletir nas reuniões de equipa semanais que realizámos na USF” (ESC).

“Algumas destas necessidades surgiram do contacto com alunos em estágio e das próprias práticas que me fez levantar dúvidas relativamente às novas práticas e conteúdos abordados no curso de enfermagem bem como à prática por mim realizada” (NSD).

A **autoformação** constitui uma modalidade regularmente usada para a atualização profissional. Nos discursos dos supervisores transparece a responsabilidade que estes acarretam com a própria formação, ocupando um lugar central ao assumirem-se como

sujeitos ativos do seu processo formativo. Os mesmos destacam a evolução das práticas que acaba por ser impulsionadora da formação e do desenvolvimento profissional contínuo:

“É preciso estar em constante evolução, temos que estar sempre a ler, temos que estar sempre a fazer essa autoformação” (ESE).

“ (...) quando temos alunos, faz-nos ter outra atenção, faz-nos muitas vezes ir pesquisar e estudar” (ESB).

Em termos gerais, todos os supervisores apreciaram a supervisão como um processo gratificante e enriquecedor a nível pessoal e profissional, na medida em que dão mas também recebem, sendo algo que os motiva a continuar a exercer este papel. Esta reciprocidade ressalta alguns dos aspetos influenciadores do desenvolvimento profissional em contexto de supervisão de estudantes em ensino clínico:

“Eu pessoalmente gosto muito da área da supervisão, acho que me fez crescer muito como enfermeira e mesmo até enquanto pessoa porque acho que o facto de nós recebermos alunos e estarmos disponíveis para ouvir e para sermos criticados (...) nos faz crescer enquanto pessoas” (ESA).

“É uma prática que pessoalmente gosto de executar no dia-a-dia com estudantes no serviço, uma vez que me ajuda a olhar os cuidados de enfermagem de outra forma, para além de constituir uma satisfação pessoal contribuir para que o estudante desenvolva as suas competências e partilhar experiências e conhecimentos de forma recíproca” (NSD).

2.2 Processo

O processo surge no modelo bioecológico como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, embora varie em função das características do supervisor, dos contextos quer imediatos quer mais distantes e dos períodos de tempo em que os processos proximais tomam lugar.

Este domínio foi dividido em várias categorias correspondentes a diferentes fatores que podem emergir como influenciadores do processo de desenvolvimento profissional do supervisor. Analisaremos assim, em primeiro lugar, a categoria estratégias de supervisão dentro da qual foram consideradas as subcategorias observação, reflexão e perguntas pedagógicas/questionamento.

Os supervisores fazem menção à **observação** como uma estratégia muito utilizada durante a supervisão de estudantes em ensino clínico. No âmbito do ensino clínico o objeto da observação pode recair em múltiplos aspetos e situações, permitindo ao supervisor adequar as estratégias supervisivas de modo a ajudar o estudante a desenvolver as competências previamente definidas:

“(…) muitas das estratégias passam por isso, pela observação, depende muito do grau em que eles estão, em termos de ensino” (ESD).

“(…) a estratégia de observação, a de reflexão; basicamente são estas (as usadas)” (ESE).

A **reflexão** é diversas vezes mencionada no discurso dos atores como uma estratégia de grande impacto no desenvolvimento profissional do supervisor mas também do estudante, uma vez que conduz à consciencialização das complexidades decorrentes das práticas, promovendo a autonomia e a segurança nos cuidados.

A reflexão sobre as práticas é sempre considerada um aspeto essencial para que decorra o desenvolvimento profissional. No âmbito da enfermagem, a reflexão reveste-se de um papel ainda mais importante na medida em que o objeto das práticas de enfermagem se centra na pessoa/família/comunidade e na qualidade dos cuidados a prestar aos mesmos. No contexto deste estudo, o foco da prática do enfermeiro supervisor é o estudante e, em cada momento, surge a necessidade de refletir sobre as estratégias de supervisão utilizadas com o mesmo nomeadamente a reflexão que os estudantes devem fazer sobre o processo decorrente do ensino clínico.

Da análise das narrativas emergiram como subcategorias o momento da reflexão, os processos de reflexão e o foco da reflexão. No que concerne ao **momento da reflexão** apercebemo-nos que a maioria dos supervisores atribui à reflexão um papel fundamental para o desenvolvimento do estudante, qualquer que seja o momento em que esta possa acontecer, neste sentido ele próprio recorre à reflexão em vários momentos da ação:

“Tem que ser antes, durante e após. Eu pessoalmente prefiro que eles reflitam sempre antes para depois conseguirem fazer a prática de uma forma mais consciente mas é claro que após eles também o fazem após, para refletir acerca do que correu bem, do que correu mal” (ESA).

“Aquilo que eu tento fazer é antes, refletir antes, durante e o após (...) Por exemplo uma algáliação, ele vai ter que refletir antes, porque há uma série de coisas que ele tem que refletir antes; durante ele próprio pode estar a fazer a sua própria reflexão mas eu (...)”

estou a orientar e se alguma coisa está a fazer de errado, vou corrigi-lo mas se ele não está a fazer nada errado a reflexão será feita no final (...) se é uma técnica tento que não haja ali esse, uma chamada de atenção à frente do utente (...) não vou colocar em causa o que está a fazer, o aluno vai ficar nervoso, ansioso. Refletimos antes, sempre, durante ele próprio pode estar a refletir e haverá sempre uma reflexão no final” (ESB).

No entanto, alguns deles salientam que os estudantes apresentam dificuldades em refletir antes da ação, na ação e sobre a ação principalmente numa fase inicial do ensino clínico, centrando-se sobretudo na reflexão sobre a ação:

“Normalmente (quem costuma iniciar o processo reflexivo) sou eu, embora numa fase mais avançada do ensino clínico, os estudantes já sejam capazes de tomar iniciativa para refletir sobre determinada situação que lhes chamou mais à atenção ou que despoletou um maior interesse” (ESC).

“O que eu tento fazer é que eles reflitam antes, durante e após mas muitas vezes os estudantes não estão muito despertados para isso e fazem-no muito após a ação, o que considero bastante tardio” (ESE).

Os supervisores fazem também alusão aos **processos de reflexão**, os quais os ajudam a revisitar a experiência, permitindo-lhes identificar as suas necessidades formativas, a analisar os seus desempenhos e a responder de forma eficaz aos desafios colocados pela complexidade e imprevisibilidade das práticas, como se encontra explícito nas narrativas:

“Tenho por hábito refletir sobre o que corre bem ou menos bem ao longo do processo supervisivo e isso, por si só, leva-me ao questionamento: E se não tivesse feito assim? E se fosse de outra forma?” (ESC).

“Em primeiro lugar procuro refletir sozinha, procurar informação que apoie ou não o meu ponto de vista, analisar outras possibilidades” (ESC).

A *reflexão em equipa* sobre problemáticas associadas à supervisão de estudantes é igualmente salientada nas narrativas dos supervisores, na medida em que esta promove o confronto de perspetivas, do qual emergem novas teorias e conhecimentos, fator inequivocamente influenciador de desenvolvimento profissional do supervisor:

“A supervisão de estudantes não reúne consensos e é interessante discutir e analisar com outros colegas supervisores alguns aspetos relacionados com o processo

supervisivo. Acho que todos temos coisas para aprender e podemos beneficiar da partilha das nossas experiências e dos nossos pontos de vista” (ESC).

Naturalmente que a reflexão ocorre muitas vezes entre a *díade supervisor-estudante*, uma vez que podem surgir diferentes perspetivas sobre as práticas. A teoria informa a prática e a prática informa a teoria, num *continuum*, no qual emergem diferentes formas de estar, pensar e agir. Perante divergências, os supervisores manifestam a sua abertura para refletir sobre outros pontos de vista, o que lhes possibilita a reconstrução contínua do conhecimento, com os consequentes reflexos no seu desenvolvimento profissional:

“Às vezes acontece (...) eles dizerem ‘Enfermeira X, mas a sua colega faz assim!’ Então mas faz assim porquê, vamos pensar! Faz assim, e isso está certo ou está errado? Vamos pensar um bocado... O espírito reflexivo é muito importante” (ESB).

“Normalmente quando há essa divergência cada um vai para casa fundamentar-se. Ele tem que trazer uma fundamentação da ideia dele e eu também vou procurar e depois, num outro encontro, tentamos então chegar a um consenso, não é? Verificar se realmente, se calhar até podem ter os dois razão ou realmente só ser um que a tenha, mas a ideia é sempre refletir sobre isso e nunca pensar que sou só eu que tenho razão” (ESE).

“Em primeiro lugar procuro refletir sozinha, procurar informação que apoie ou não o meu ponto de vista, analisar outras possibilidades. No entanto, acabo sempre por dar o feedback ao estudante, dizendo que discordo dele por este ou por aquele motivo. Se ele tiver razão, pois certamente lhe dou razão. Tal como já referi ainda tenho muito para aprender, não sou um poço de sabedoria, daí que podem existir outras visões e opiniões” (ESC).

O foco da reflexão dos atores do estudo converge, essencialmente, nas práticas clínicas e supervisivas.

No que concerne às *práticas clínicas*, os supervisores analisam alguns aspetos das suas práticas:

“Muitas das vezes é sobre as próprias técnicas de enfermagem, sobre os ensinamentos, a nível dos ensinamentos na gestão de uma consulta, compreender porque é que se faz determinado ensino naquele momento e não outro” (ESE).

“Quando temos um aluno temos que, no fundo, primar pela excelência dos cuidados e, às vezes, o dia-a-dia faz-nos entrar em algumas rotinas, não é? E quase todos os

profissionais têm uma ou outra rotina em que avançam um ou outro passo que deveria estar ali sempre presente” (ESB).

A *prática supervisiva* é também alvo de análise constante por parte dos supervisores que a considera exigente, dado que é sustentada pela colaboração, pelo apoio permanente, pelo diálogo, em que ambos (supervisor e estudante) assumem o papel principal, o que implica um profundo conhecimento do estadió de desenvolvimento dos mesmos. Deste modo, os supervisores consideram que não se deve desistir de investir no estudante mesmo que este não corresponda às suas expectativas, pelo contrário, a entrega deverá ser ainda maior. Este esforço efetuado ao longo do processo supervisivo é conducente a novas formas de fazer e de estar, facto que contribui para o desenvolvimento pessoal e profissional dos mesmos:

(...) há alunos que são mais autónomos, outros menos autónomos. Eu acho que o processo de supervisão é muito exigente, quando nós sabemos que temos alunos já sabemos que temos muito trabalho, mais trabalho ainda, porque implica estudar (...) estar sempre atenta a ver o que o aluno precisa e surgem sempre algumas dificuldades; algumas relacionadas com o próprio aluno porque há alunos que são mais relaxados e a pessoa para motivá-los (...) podíamos ter a ideia bem, quem está aqui a aprender são eles, não precisamos de estar com este trabalho! Mas aí está, a diferença (...) entre os supervisores é muito isso; é nós conseguirmos na mesma cativar aquele aluno” (ESB).

“Essa passagem da teoria à prática é complicada e eu noto que a maior parte dos profissionais não aceitam o estudante chegue ao local de estágio e não consiga fazer a passagem, ou melhor que demore bastante tempo a fazer a passagem quando no meu ponto de vista é completamente normal porque eles aprenderam os conhecimentos mas entretanto quase todos foram esquecidos; a prática vai ajudá-los a ir buscá-los e a sedimentá-los” (ESE).

Nas narrativas emerge também a preocupação dos supervisores em incorporar, no decurso do ensino clínico, atividades promotoras do pensamento crítico-reflexivo, uma vez que estas estão na base do desenvolvimento profissional do estudante. Neste contexto, os supervisores perspetivam o recurso à reflexão como uma oportunidade do estudante compreender a razão da ação, ajudando-o a pensar, a analisar, a desconstruir diversas situações e ações, evitando a reprodução de técnicas desprovidas de sentido e conduzindo-o à tomada de decisão consciente e refletida. Esta reflexão só por si já é um elemento a considerar relativamente ao próprio desenvolvimento profissional do

supervisor, que não desempenha o papel sem o recurso a esta estratégia de supervisão, como nos referem as narrativas:

“Eu acho que a reflexão é das coisas mais importantes, acaba por ser, no fundo, o pensar por ele próprio porque uma situação particular pode-se colocar e ele poderá agir, saber agir na mesma situação mas (...) se ele fizer uma reflexão, ele poderá agir em várias situações porque o espírito reflexivo deve estar sempre presente, porque várias situações se vão colocar ao longo da profissão (...) e ele se tiver essa capacidade de reflexão vai saber sempre decidir por ele próprio e tomar uma decisão baseada no pensamento, na reflexão e não só porque vê fazer ou porque alguém lhe disse para fazer assim.” (ESB).

“A parte relacional também é alvo de reflexão, uma vez que é comum o estudante centrar-se demasiado nos aspetos técnicos e menos na parte relacional. O saber ser e o saber estar é fundamental na nossa profissão e tenho consciência que muitas das vezes é descurada, é deixada para segundo plano. Os estudantes serão os enfermeiros de amanhã e todas as competências devem ser trabalhadas, desenvolvidas e analisadas, de forma a haver evolução ao longo do ensino clínico” (ESC).

Ao longo do ensino clínico, os supervisores recorrem às **perguntas pedagógicas/questionamento** com uma intencionalidade formativa. Este questionamento é recíproco, sendo efetuado quer pelo estudante, quer pelo supervisor. Esta estratégia interrogativa constitui um motor de busca de respostas, de soluções, de desenvolvimento profissional, como está patente nos discursos dos atores:

“Existem sempre questões que eles nos colocam e nós até podemos dar uma resposta que o satisfaça naquela hora mas eu sinto sempre necessidade acrescida de ir ver sempre mais qualquer coisa porque, aí está, aquela tal excelência dos cuidados? Eu acho que o supervisor não se deve limitar a dar uma resposta mais básica. A resposta à pergunta do aluno tem que ser uma resposta que, de facto, o satisfaça e não deixe dúvidas” (ESB).

“O questionar o motivo de ter feito assim e não de outra forma, ou por que deu prioridade àquele utente e não ao outro, por exemplo, ajuda o estudante a refletir sobre vários ângulos, a saber priorizar os cuidados, a tomar decisões de forma mais consciente e refletida, empoderando-o e capacitando-o para a prática de enfermagem” (ESC).

“O facto de eu querer ser melhor enfermeira e melhor enfermeira supervisora ajuda-me a estar em permanente questionamento” (ESD).

As dificuldades na supervisão de estudantes em ensino clínico emergiram com grande evidência nas narrativas dos atores. As principais dificuldades inserem-se em duas subcategorias: a preparação para a tarefa e as condições para a tarefa.

A falta de **preparação para a tarefa** pode ser determinante para o sucesso ou insucesso do processo superviso. Das narrativas emerge a consciencialização da falta de preparação para essa função por parte dos supervisores, que salientam a necessidade de formação para o seu desempenho bem como, a necessidade de se prepararem de forma mais adequada para a mesma. Estes aspetos revelam ser importantes para o desenvolvimento de competências na área da supervisão:

“Eu acho que quando recebemos alunos temos que saber aquilo que eles deram na escola, sobre o campo de estágio, quais foram os conteúdos temáticos que deram e como os deram e a partir daquele momento já sabemos o que podemos esperar em termos de conhecimentos para aqueles alunos” (ESA).

“Acho que a planificação de um estágio não é para qualquer pessoa, quem não tem formação não consegue fazer, deve ser difícil” (ESA).

“Para que todo este processo de melhoria de cuidados através da supervisão clínica de estudantes seja possível e se mantenha é necessário, melhorar a formação dos enfermeiros nesta temática, dando-lhes ferramentas, estratégias atualizadas para adaptação à realidade do serviço” (NSD).

As **condições para a realização da tarefa** encontradas nas narrativas dos atores incluem a falta de disponibilidade, a falta de colaboração da equipa, a falta de reconhecimento, a acumulação de funções e as dificuldades nas parcerias entre escola-instituição de saúde. Estas dificuldades apresentadas podem inibir o desempenho do papel de supervisor, como podemos observar nas narrativas:

“No serviço, nem sempre tenho tempo para me dedicar a cem por cento a esta atividade. Mesmo as entrevistas de acompanhamento dos alunos, a maioria das vezes são realizadas fora do meu horário de trabalho” (NSA).

“Por vezes, não existem protocolos e normas bem definidos relativamente ao que se pretende com a supervisão do estudante, quais os objetivos a atingir na sua orientação” (NSD).

“Durante a supervisão de alunos em ensino clínico tenho sentido algumas dificuldades que se prendem muitas vezes com a atitude dos próprios colegas relativamente ao processo superviso. Olham para os alunos como alguém que os está a julgar e para mim (...) como alguém que não tem o direito de lhe atribuir mais trabalho (...)” (NSA).

Para ultrapassar as dificuldades emergentes do processo superviso, os supervisores apontam algumas estratégias promotoras do desenvolvimento do seu papel, que lhes permite contornar as contrariedades encontradas:

“Para ultrapassar essas dificuldades aposto muito na pesquisa e também numa gestão muito, muito eficaz do tempo” (ESE).

“(...) quando nos pedem uma avaliação sobre o estágio, por norma costumo indicar que não gostei da forma como a escola se interligou connosco ou a forma como o estágio decorreu (...)” (ESD).

2.3 Contexto

Os contextos são compreendidos como os ambientes mais imediatos aos mais distantes (microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema) e que influenciam de forma mais ou menos direta a pessoa em desenvolvimento, sendo também influenciados por ela, de forma recíproca.

Neste domínio, surgiram referências relativas ao microsistema e que foram incluídas nas subcategorias: local, atmosfera envolvente e relação supervisa.

No que concerne às características do local da realização do ensino clínico, alguns supervisores mostram preocupação com o mesmo, dado que os aspetos estruturais, organizacionais e culturais da instituição de saúde podem influenciar o processo superviso e conseqüentemente ter impacto no seu desenvolvimento profissional. Encontramos evidências desse desenvolvimento, nas narrativas ao referenciar a atmosfera envolvente assim como a relação supervisa, como fatores importantes no processo superviso.

De salientar nas referências à **atmosfera envolvente**, a empatia e o espírito de abertura do supervisor para deixar o estudante colocar as suas dúvidas e demonstrar as suas dificuldades, mais do que criar um clima permanente de valorização das intervenções e de avaliação:

“Não adianta ser um excelente técnico se não consegue criar um clima de empatia que fomente a troca de opiniões, a abertura ao estudante para colocar questões e para refletir sobre as situações que vai vivenciando no dia-a-dia” (ESC).

“uso sempre o diálogo e a transparência com os alunos, para que cada um de nós saiba o que esperar ao longo de todo o ensino clínico” (NSA).

A **relação supervisiva** é salientada pelos supervisores como fundamental para o sucesso do processo supervisivo. O estabelecimento desta relação, para além do conhecimento mútuo, possibilita, ao supervisor, a identificação das necessidades formativas do estudante e do seu estadió de desenvolvimento, permitindo-lhe adotar o estilo supervisivo e estratégias de supervisão mais adequadas. Este aspeto pode ser extrapolado para a sua prática diária no trabalho em equipa evidenciando um nível de desenvolvimento profissional mais elevado:

"Aquilo que eu costumo fazer, no fundo, é criar essa relação com, uma relação supervisiva (...) com o aluno que me permita identificar e perceber as necessidades dele" (ESB).

“O termos que nos sintonizar com os estudantes faz-nos lembrar do nosso próprio tempo de estudantes, das dificuldades que senti, daquele enfermeiro supervisor que foi especial ou daquele que foi para esquecer.” (ESC).

“As competências do saber ouvir, saber escutar, saber compreender ajudam-nos a desenvolver a nossa relação em equipa, o que acaba por se refletir na nossa prática diária...Penso que quer a relação que estabelecemos com o aluno, quer com os elementos da equipa acaba por transparecer para as práticas” (ESB).

Relativamente à categoria exosistema, emergiram das narrativas dos supervisores aspetos relacionados com o **relacionamento interinstitucional**, mais concretamente o relacionamento estabelecido entre as escolas de enfermagem e o centro de saúde. Este relacionamento pode constituir-se como um fator inibidor ou facilitador do desenvolvimento dos intervenientes no processo supervisivo.

Os atores centraram-se nos aspetos inibidores, destacando a falta de comunicação interinstitucional, com os consequentes reflexos na clarificação do papel do enfermeiro no processo de supervisão de estudantes em ensino clínico:

“As escolas às vezes falam só com um representante legal e não falam diretamente com os orientadores e acho que também deviam conversar mais com os orientadores” (ESB).

“Não existe uma verdadeira parceria entre as instituições de saúde e as escolas de enfermagem. Muitas das vezes elas andam de costas voltadas e isso reflete-se nos estudantes” (ESC).

No entanto, também salientaram um aspeto positivo do relacionamento interinstitucional:

“A supervisão clínica tem vantagens no sentido em que permite a aproximação das instituições de ensino às instituições de saúde, ajustando deste modo a formação à realidade profissional (NSD).

2.4 Tempo

O quarto domínio, o tempo, apresentou apenas expressão na categoria mesotempo. De facto, a periodicidade dos ensinamentos clínicos como fator determinante para o desenvolvimento da competência do supervisor está patente na seguinte unidade de texto:

“A minha principal dificuldade tem a ver com o facto de não ser exercido com mais frequência. Porque o facto de nós estarmos um ou dois anos sem receber alunos é, acaba por criar algumas barreiras em termos de prática e de aplicação do próprio método de supervisão (...) Se fosse uma coisa contínua não havia tanto essa dificuldade” (ESA).

Daqui se depreende que o intervalo de tempo entre os ensinamentos clínicos constituiu um fator inibidor do desenvolvimento do supervisor por ser demasiado longo e neste sentido não lhe permite que o seu processo de desenvolvimento enquanto supervisor se estabeleça num *continuum* o que, eventualmente, interfere também no seu desenvolvimento profissional.

2.5 Impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no seu desenvolvimento profissional

Neste ponto encontramos a resposta à subquestão de investigação - Como se evidencia nas narrativas o impacto do processo supervisivo, no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor?

Da análise efetuada às narrativas dos supervisores constatamos que estes compreendem a supervisão de estudantes em ensino clínico como um processo indutor e promotor do seu desenvolvimento profissional. Este processo é encarado como um período privilegiado de reflexão sobre vários aspetos da prática profissional e supervisiva, durante o qual o supervisor é confrontado com diferentes perspetivas e teorias trazidas pelo estudante, despoletando a necessidade de se preparar para a tarefa:

“(...) nos períodos em que tenho alunos ou mesmo os períodos que antecedem a supervisão fazem-me sempre refletir, rever, no fundo fazemos quase uma revisão do que fazemos, como fazemos. Nós próprios temos que orientar o nosso trabalho para receber aquele aluno. Durante a supervisão surgem algumas questões sobre as próprias práticas que nos fazem refletir e promovem o questionamento. A supervisão acaba sempre por influenciar positivamente quer naquele momento quer para o futuro” (ESB).

“Penso que é uma mais valia supervisionar estudantes em ensino clínico, deparar-me com outras visões, outras formas de pensar ou simplesmente rever as técnicas dos bancos de escola. Tudo isto ajuda-me a manter-me atualizada, a procurar informação, a procurar respostas para dar aos estudantes e a mim mesma. O facto de me questionar e de refletir, sozinha ou com outros, quer sejam os alunos, quer sejam outros profissionais contribui para a melhoria das minhas práticas” (ESC).

Alguns supervisores fazem alusão à importância da transposição para a prática dos conhecimentos teóricos que vão apreendendo no contacto com os estudantes, valorizando a reciprocidade como um motor de enriquecimento pessoal e profissional:

“É uma das formas que contribui mais para a evolução do profissional porque o supervisor fica em contacto com a parte teórica que entretanto fica mais esquecida e consegue lembrar todos aqueles conceitos, logo transpõe para a prática esses conceitos, melhora ali as práticas e o estudante ganha a experiência prática com o profissional. É o melhor meio para conseguir aumentar os conhecimentos. É um dar e receber” (ESE).

“Para mim, enquanto enfermeira supervisora, torna-se também, um processo de aprendizagem, um momento de reflexão pessoal sobre a prática de cuidados prestados, uma reciclagem de conhecimentos e um desenvolver e melhorar de competências pessoais e profissionais. Implica um esforço por parte do supervisor em pesquisar, questionar, investigar sobre novos problemas, novas práticas e novas atitudes. O estudante aprende com o supervisor e vice-versa, numa partilha recíproca de conhecimentos” (NSD).

Está patente nos discursos dos supervisores a importância de analisar, avaliar e repensar constantemente as suas práticas. É esta capacidade autocrítica que conduz à mudança e à consequente melhoria contínua nos cuidados de enfermagem. Neste âmbito, emergem das narrativas inúmeras referências sobre o impacto do processo superviso nas suas práticas profissionais, quer seja a um nível mais comunicacional, quer seja a um nível mais técnico:

“Quase todas as práticas de trabalho foram sendo alteradas após a supervisão de estudantes em ensino clínico. Foram aperfeiçoadas estratégias, estudados os diferentes perfis de supervisor clínico, lembrados os procedimentos adequados à prestação de cada cuidado, realizado investimento na melhoria da comunicação/linguagem técnica, de tal modo que considero que supervisionar estudantes conduz, sem quaisquer dúvidas, ao desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro” (NSE).

“Mesmo aqueles que pensam que sabem tudo e não têm mais nada para aprender e para evoluir acabam por, no final do ensino clínico, manifestar o seu agrado por terem tido oportunidade de serem enfermeiros supervisores, mostrando-se mais conscientes das suas limitações e, sobretudo mais abertos à própria equipa relativamente à mudança de procedimentos e de algumas práticas rotineiramente estabelecidas nas instituições de saúde” (NSA).

“Efetuando um balanço dos ensinamentos clínicos nos quais supervisionei estudantes de enfermagem, posso dizer que em quase em todos mudei alguma coisa na minha prática, ora sendo mais rigorosa nos registos, ora dando mais importância ao acolhimento e à informação/educação prestada ao utente, ora sendo mais atenta aos pequenos pormenores que muitas vezes fazem a diferença. Penso que há sempre algo que reformulo/ melhoro depois de supervisionar estudantes” (NSC).

O impacto emergente desse desenvolvimento pode alargar-se para além do próprio supervisor e a abranger toda a equipa, nomeadamente quando se verificam alterações das práticas clínicas, com base, não só no que os estudantes puderam

impulsionar, mas também com base nas pesquisas a que levaram os contributos dos estudantes, como é o caso específico apresentado:

“Por exemplo, a técnica de algaliação, antigamente usávamos iodopovidona na desinfeção. A partir de determinada altura os alunos vinham e diziam-nos que estava contraindicado. Em equipa juntos, reunimos, e deixamos de utilizar a iodopovidona nas algaliações. Acho que isso é um fator de crescimento (...) (se não tivessem passado por cá alunos) nunca na vida me ia lembrar que de pesquisar e questionar se a iodopovidona era o produto mais indicado para a desinfeção na algaliação” (ESA).

A análise dos dados apresentados colocou em evidência o desenvolvimento profissional do supervisor em contexto de supervisão de estudantes em ensino clínico. Este é reconhecido pelos atores do estudo como um momento privilegiado de aprendizagem, de mobilização dos conhecimentos, capacidades, competências e atitudes. Neste âmbito, o estudante acaba por influenciá-lo positivamente, ao desempenhar um papel determinante no seu desenvolvimento profissional, potenciador da reflexão, do desenvolvimento de competências profissionais, pessoais e supervisivas e de mudanças/melhorias na prática de cuidados, aspetos a discutir no próximo ponto.

3. DO PROCESSO SUPERVISIVO AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO SUPERVISOR

Este ponto encontra-se reservado para a discussão dos dados emergentes das narrativas dos enfermeiros supervisores apresentados no capítulo anterior, no qual debateremos os aspetos mais relevantes quer pela significação do seu conteúdo, quer pela comparação com resultados encontrados noutros estudos.

Apesar de discutirmos separadamente os principais domínios emergentes da análise, que foram ancorados na teoria bioecológica de Bronfenbrenner e Morris (1998), queremos reiterar que estes se entrecruzam e se interrelacionam.

Tendo em conta estas considerações, organizamos a discussão dos resultados em função dos domínios e categorias apresentados no capítulo anterior.

Supervisor enquanto pessoa

O supervisor, enquanto pessoa em desenvolvimento, apresenta características pessoais que podem influenciar quer o seu próprio desenvolvimento, quer o desenvolvimento dos outros. De acordo com Carvalhal (2003, p. 143), este “movimenta-se num jogo de forças decorrente da interação estudante-escola-organização de saúde-sociedade e da sua própria maneira de ser como pessoa”.

Neste contexto, depreende-se que a dimensão pessoal do supervisor, os seus atributos e a sua maneira de ser e de estar na profissão acabam por influenciar os papéis que desempenha no palco da sua vida.

Das narrativas emergem sobretudo as características promotoras dos processos proximais que encorajam as reações do contexto social e fomentam as relações, as atividades e os papéis desempenhados pelo supervisor. Estas características são apresentadas em diversos estudos nomeadamente a *motivação para ajudar os outros* no seu processo de desenvolvimento e aprendizagem, a sensibilidade e a empatia (OE, 2010, Phillips et al., 1996a, b; Gray e Smith, 2000), o entusiasmo, a afetividade, o sentido de humor positivo, a atenção e a compreensão (Orton et al., 1993, Davies et al., 1994 e Cahill, 1996 citados por Abreu, 2007).

Supervisores e estudantes para se desenvolverem necessitam de se conhecerem mutuamente. Analisando sob o ponto de vista do supervisor, este, ao conhecer-se a si próprio adquire uma maior capacidade autocrítica, refletindo sobre as suas práticas e controlando de forma consciente as variáveis inerentes ao processo supervisivo. Por seu turno, o conhecimento das características do estudante, da sua individualidade e personalidade ajuda-o a ser mais competente, na medida em que, ao conhecê-lo, consegue identificar mais facilmente o estilo de supervisão a adotar e selecionar as estratégias mais pertinentes para aquele estudante, perspectiva corroborada por Sá-Chaves (2007).

De facto, durante o ensino clínico, o supervisor assume diversos papéis, os quais devem ser ajustados à personalidade do estudante e ao seu estágio de aprendizagem (Abreu, 2007; Moton-Cooper e Palmer, 2000 citados por Ali e Panther, 2008). Os atores do estudo sintonizam-se com esta perspectiva e descrevem alguns dos papéis desempenhados. O apoio e aconselhamento proporcionado ao estudante e a promoção do pensamento crítico-reflexivo surgem com frequência nas narrativas, na medida em que são entendidos como elementos estruturantes do processo supervisivo.

Não obstante, no decurso do processo supervisivo, os supervisores tentam proporcionar oportunidades diversificadas de aprendizagem, incentivando o estudante a ser autónomo na tomada de decisão. Constatamos que estes papéis se encontram centrados no estudante, estando assim de acordo com a perspectiva de Alarcão e Tavares (2003). As reflexões efetuadas pelos atores relativamente ao desempenho do seu papel mostram-nos que estes se encontram conscientes do mesmo, o que os orienta para o desenvolvimento da competência profissional e para a qualidade das práticas supervisivas.

Os supervisores desempenham o seu papel com satisfação encarando, o processo de supervisão de estudantes em ensino clínico, como um desafio pessoal e profissional no qual se empenham, o que está em consonância com estudos de Sword et al. (2002), Borges (2010), Huybrecht et al. (2011) e Rua (2011). De facto, quando os enfermeiros supervisores gostam daquilo que fazem acabam por se dedicar ao desempenho das suas funções, havendo um maior investimento de tempo, disponibilidade e entrega, sendo que a ênfase é colocada na reciprocidade: é um dar e um receber. A satisfação do desempenho do seu papel acaba por constituir um fator motivacional para o alcance da competência profissional, encarando a prática supervisiva como uma oportunidade de

criação de saber, fazendo do seu tempo um tempo de aprendizagem e de autorrealização, ideia que nos remete para Le Boterf (2003).

A perspetiva de desenvolvimento profissional pela formação contínua está presente nas narrativas dos supervisores, sendo encarada como uma necessidade, tendo em conta não só o carácter prático da profissão como a evolução permanente do conhecimento e da técnica no campo da saúde, perspetiva que vai de encontro a D'Espiney (1996). No mesmo sentido, está congruente com as orientações emitidas pela Ordem dos Enfermeiros (2003) relativas à formação contínua, ao salientar que o enfermeiro deve efetuar uma revisão contínua das suas práticas, implicando-se no seu desenvolvimento profissional.

Os percursos de formação e de desenvolvimento profissional dos enfermeiros são heterogéneos, podendo a formação ocorrer de várias formas. Os atores do estudo salientam a importância da formação formal, da formação em contexto da prática e da autoformação, dado que possibilitam a estruturação e a consolidação de um corpo de conhecimentos próprios da disciplina e tornam evidente a necessidade de (re) estruturar as suas práticas num sentido evolutivo.

Os supervisores recorreram à formação formal para prosseguir estudos (cursos de pós-licenciatura em enfermagem, mestrados) e para desenvolver competências em determinadas áreas, tendo-se destacado a área da supervisão. Os atores demonstram que para que o processo supervisivo decorra com sucesso é fundamental que possuam um conhecimento teórico sustentado acerca da educação em enfermagem e dos processos educacionais que suportam e dão sentido às práticas supervisivas. A este propósito, também Abreu (2007), afirma que os supervisores têm vindo a expressar a necessidade de frequentar cursos específicos que permitam entender a complexidade da formação clínica, dominar as linguagens profissionais e utilizar técnicas e estratégias básicas de formação. Esta necessidade de formação em supervisão é também evidenciada por Borges (2010), OE (2010) e Dias (2010).

O enfermeiro também se forma e se desenvolve no contacto permanente com a prática, sendo uma das modalidades formativas mais referenciadas pelos supervisores. Estes fazem alusão aos momentos que, em contexto de trabalho, apresentam um elevado nível de formatividade, mais concretamente a partilha conhecimentos com elementos da equipa, a discussão de casos com os colegas do serviço e as reflexões emergidas nas reuniões de equipa semanal, o que está em consonância com o estudo de Luís (2004)

que nos revela que os enfermeiros elegem a troca de ideias com os colegas como oportunidade utilizada para a sua atualização e formação.

Os atores revelam que a sua motivação para a aprendizagem decorre muitas vezes da prática supervisiva que acaba por ser geradora de novas situações, novos conhecimentos e interpelações, às quais é preciso dar resposta. Deste modo, a prática supervisiva é em si mesma, um modo do supervisor obter conhecimento, sendo perspectivada como um meio de promoção de competências analíticas e reflexivas, indutoras da autoavaliação e da auto supervisão.

De facto, a formação em contexto de trabalho possibilita a rentabilização de saberes e de espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa promotora da problematização e transformação das práticas (Abreu, 1996; Assad e Viana, 2005, Bártolo, 2008). Consideramos que este processo de formação tem vindo a ser cada vez mais reconhecido, devendo ser alicerçado nos pilares da colaboração. É no seio da equipa que todos devem ter voz ativa, promovendo o debate, a partilha, o confronto de perspectivas e a reflexão crítica. Muitas destas reflexões conduzem à diluição do hiato entre a teoria e a prática, proporcionando autonomia, segurança e qualidade nos cuidados.

A necessidade da autoformação emerge também nas narrativas como uma das modalidades mais usadas para a atualização profissional. Os atores recorrem com regularidade à pesquisa, procurando obter conhecimentos científicos atualizados indutores do seu desenvolvimento profissional. Desta forma, nos seus discursos transparece a responsabilidade que estes acarretam com a própria formação, ocupando um lugar central ao assumirem-se como sujeitos ativos do seu processo formativo.

Neste contexto, os resultados da análise das narrativas mostram-nos que esta é entendida como um processo inacabado (princípio de inacabamento) em permanente reconstrução, praticado ao longo da vida (princípio da continuidade), tal como refere Sá-Chaves (2007).

Deste modo, a formação abre portas à aprendizagem significativa, efetuada não só a partir de livros ou de frequência de cursos, mas também a partir das práticas e da própria vivência pessoal. Estes múltiplos tipos de formação constituem a chave para a adoção de um novo olhar, mais profundo, questionador e reflexivo, indutor da curiosidade e de um espírito aberto à mudança, dos quais resultam transições ecológicas interessantes.

No entanto, os supervisores advertem para a importância da formação ser transversal à equipa. Neste contexto, a formação adquire um potencial transformador mais elevado se todos os elementos participarem dela, com o objetivo de uniformizarem procedimentos, discutir as problemáticas promotoras da geração de consensos, de forma a trabalharem todos para o mesmo fim. Esta reflexão é pertinente no âmbito deste estudo, uma vez que mostra a consciencialização dos supervisores relativamente ao facto da colaboração constituir um elemento central para a ampliação dos resultados da formação nas práticas clínicas e supervisivas, com um impacto positivo no desenvolvimento profissional da equipa, perspectiva corroborada por Bártolo (2008) que confirma a disposição de aprendizagem da equipa em torno de objetivos comuns.

Sintetizando, a supervisão de estudantes em ensino clínico possibilita ao supervisor o desenvolvimento do conhecimento e competência profissional ao assumir um papel central nas suas práticas clínicas e supervisivas. Na base do desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro encontram-se características intrínsecas e particulares que o caracterizam enquanto pessoa, as suas experiências de vida e o seu quadro conceptual que o ajudará a mobilizar, perante determinado contexto, os seus recursos cognitivos, os seus saberes, as suas competências, conduzindo-o à ação, à reflexão e à criação.

Supervisor e processo

Tendo em linha de conta o modelo bioecológico de Bronfenbrenner e Morris (1998), verificamos que o processo abrange formas particulares de interação entre o supervisor e o ambiente, que operam ao longo do tempo e são vistas como os principais mecanismos que conduzem ao desenvolvimento humano. No entanto, estes mecanismos variam em função das características do supervisor, como já vimos anteriormente, dos contextos e dos períodos de tempo em que os processos proximais tomam lugar.

Os resultados, decorrentes da análise das narrativas dos supervisores, fazem-nos crer que o processo assume um papel fundamental no desenvolvimento profissional do supervisor.

As estratégias supervisivas utilizadas em cada contexto e com cada estudante devem ter subjacentes diversos fatores, tais como: “o estágio de desenvolvimento dos alunos (inclua-se aqui o desenvolvimento pessoal e pré-profissional), o estágio de desenvolvimento do próprio supervisor, os estilos de supervisão, assim como os skills interpessoais dos supervisores” (Rua, 2011, p. 76).

Na generalidade, os supervisores fazem referência à importância das estratégias de supervisão, justificando a necessidade de as diversificar, de acordo com as características e o ritmo de desenvolvimento do estudante. A observação, a reflexão e as perguntas pedagógicas/questionamento são entendidas num contexto que valoriza o supervisor e o estudante, reconhecendo a capacidade de ambos na construção do conhecimento profissional.

A observação, ao ser entendida como um conjunto de atividades destinadas a recolher informação, com o intuito de descrever, analisar, interpretar, problematizar, confrontar e reconstruir as práticas, assume-se como uma estratégia fundamental para todos os intervenientes no processo supervisão (Alarcão e Tavares, 2003; Vieira e Moreira, 2011). Estes últimos vão mais longe ao considerar a observação como uma estratégia de auto supervisão que instiga a problematização, a compreensão e a resolução de problemas.

No âmbito do ensino clínico em enfermagem é, através da observação do estudante, que o enfermeiro supervisor toma consciência das suas potencialidades e das suas lacunas, possibilitando-o adequar as estratégias supervisivas de modo a ajudá-lo a desenvolver as competências previamente definidas.

Não obstante a importância da observação na prática de enfermagem, Alarcão (2001, p. 54) alerta-nos também para a importância da reflexão quando afirma que “a atividade de enfermagem implica agir, pela ação e pela palavra, na base da observação e da reflexão ancorada em conhecimentos”.

Consideramos que a observação e a reflexão são duas estratégias que se utilizam concomitantemente. É através da observação que o supervisor olha para o espelho de forma distanciada, até de vários ângulos, de várias perspetivas, consciencializando-se das suas dificuldades e das suas potencialidades. Para que esta consciencialização seja efetiva torna-se necessário que o supervisor esteja aberto a sugestões e críticas que o ajudem a repensar-se como profissional a fim de reformular e melhorar a sua prática. Esta abertura à crítica foi assumida pelos supervisores que consideram ser um elemento chave no processo de supervisão.

A análise das narrativas dos supervisores permitiu-nos aferir a importância que estes atribuem à reflexão. De acordo com os mesmos, os processos de reflexão ajudam-nos a rever a experiência, permitindo-lhes identificar as suas necessidades formativas, a analisar os seus desempenhos e a responder de forma eficaz aos desafios colocados pela complexidade e imprevisibilidade das práticas, o que vai ao encontro das

apreciações tecidas por D'Espiney (1996), Schön (1983, 1992), Silva e Sá-Chaves (2008) e Alarcão e Roldão (2010).

No decurso do ensino clínico, os supervisores promovem a reflexão antes da ação, na ação e sobre a ação, o que corrobora os pressupostos de Schön (1983) e os estudos de Gustafsson e Fagerberg (2004) e Teekman (2000) citados por Mann et al. (2007).

No entanto, os supervisores do nosso estudo constataram que, numa fase inicial do ensino clínico, os estudantes apresentam práticas de reflexão incipientes e muitas das vezes acabam por refletir somente sobre a ação, o que é explicado pela dificuldade que estes apresentam em refletir antecipadamente sobre as ações que vão desenvolver, uma vez que não sabem o que os espera, dada a imprevisibilidade dos contextos e a falta de experiência. Esta ideia é salientada por Holm e Stephenson (1995), citados por Santos (2009) que consideram que no início do ensino clínico, os estudantes perspetivam a reflexão como um processo difícil e complexo. Nesta fase, o processo reflexivo é essencialmente descritivo; no entanto, vai evoluindo com o desenrolar do ensino clínico, à medida que o estudante se vai consciencializando e analisando as práticas e os fatores influenciadores do seu desempenho. Da mesma forma, em contexto da supervisão de professores, Alarcão e Roldão (2010) descrevem que nas primeiras reflexões se verifica a predominância do descritivo sobre o analítico. Contudo, o estudante vai progressivamente desenvolvendo as competências analíticas, indutoras da autoconsciência.

A análise das narrativas revela que o supervisor se auto implica no desenvolvimento das competências reflexivas do estudante, o que o conduz à reflexão sobre as suas próprias experiências, tornando-se mais informado, proactivo e competente. Este profissional acaba por incorporar a reflexão de uma forma natural e sistemática nas suas práticas diárias, permitindo-lhe quebrar com as rotinas instituídas. Neste contexto, os supervisores corroboram a ideia de que, o praticante que reflete, cultiva e desenvolve as suas competências analíticas e os seus conhecimentos profissionais, estando menos exposto às rotinas instaladas nos contextos em que se movimenta (Schön, 1992). Da mesma forma, Rodrigues (2007) alerta-nos para a importância de uma prática reflexiva metódica e disciplinada que se inscreva no tempo de trabalho.

Nestas reflexões é natural que ocorra o confronto de teorias e saberes, muitas das vezes gerado pela tensão ocorrida entre a teoria e a prática. Perante divergências, os supervisores manifestam a sua abertura para refletir sobre outros pontos de vista, sendo que esse processo ocorre a sós, com os estudantes ou com outros elementos da equipa.

Essa reflexão partilhada, esses olhares cruzados como se refere Sá-Chaves (2007), possibilitam a reconstrução contínua do conhecimento.

Não obstante, os supervisores descrevem o ensino clínico como meio que possibilita efetuar uma ponte entre a teoria e a prática, promovendo a articulação e o *continuum* entre os saberes teóricos e os práticos. Desta forma, negam a separação entre a teoria e a prática, encarando a teoria como informadora da prática e esta última como possibilitadora do reequacionamento e reorganização dos pressupostos teóricos (Sanches e Sá-Chaves, 1998).

Face às narrativas, apercebemo-nos que os supervisores incidem as suas reflexões sobre as práticas clínicas e supervisivas, sendo que esta reflexão, como já foi referido anteriormente, é efetuada muitas vezes em conjunto com outros elementos da equipa e com o próprio estudante, o que nos revela que estes profissionais colocam em prática a passagem do “eu solitário ao eu solidário” como se referem Sá-Chaves e Amaral (2000), abrindo caminho para a libertação do paradigma da racionalidade técnica, marcado por modelos tendencialmente uniformizadores e de matriz reprodutora para o paradigma da racionalidade crítica, com a emergência de profissionais críticos, científica e tecnicamente competentes para assumir a complexidade do cuidar em saúde (Silva e Sá-Chaves, 2008).

No que concerne ao questionamento, os supervisores utilizam esta estratégia com o intuito de consciencializar o estudante da situação, promovendo a reflexão. Deste modo, são mobilizadas questões que possibilitam sobretudo a compreensão do porquê e do como, estimulando o espírito crítico. No entanto o questionamento é também realizado no sentido inverso, levando muitas vezes o supervisor à procura de respostas. Neste contexto, consolidamos a perspetiva de Alarcão e Tavares (2003) na constatação de que as perguntas pedagógicas estão na base de todas as outras estratégias de supervisão. São as inquietações e as questões que os supervisores vão colocando no dia-a-dia que os conduzem à observação atenta e à reflexão metódica, na procura incessante de respostas para os problemas que se colocam.

Em suma, os discursos narrativos dos supervisores permitem-nos pensar que as situações por eles vividas e refletidas transformaram-se em experiências produtivas, dado que constituíram situações desafiadoras, problemáticas e inovadoras que foram analisadas, tendo oscilado, entre o nível 2 e 3 de reflexividade, ou seja, entre a observação e análise das práticas desenvolvidas e a apreciação das necessidades formativas e consciencialização de que se torna necessário efetuar uma mudança de

perspetiva, com o respetivo reflexo nas práticas (Kuiper e Pesut, 2004 citados por Santos, 2009).

As dificuldades inerentes ao processo supervisivo foram alvo de análise por parte dos supervisores. Neste contexto, a falta de preparação para a tarefa foi colocada em evidência nas narrativas, sendo que, embora os supervisores tenham participado por iniciativa própria em formação relacionada com a supervisão, continuam a sentir necessidade de participar em formação constante e atualizada, por a considerarem fundamental para o desempenho de funções supervisivas, o que vai de encontro aos estudos de Carvalhal (2003), Simões (2004), Dias (2010) e Borges (2010). Também Sá-Chaves (2007) preconiza que os profissionais que se encontram envolvidos na formação dos profissionais de saúde devem refletir de forma (des)construtiva sobre a complexidade dos saberes científicos, em função dos supervisandos e das situações que se apresentam nos diversos contextos.

Da mesma forma, Abreu (2007) sugere a necessidade dos supervisores frequentarem formação específica em supervisão, que lhes permita compreender a complexidade da formação clínica, dominar os sistemas de informação e as linguagens profissionais e colocar em práticas as estratégias de formação e de supervisão, implicando-se pessoalmente nesse processo.

As condições para a realização da tarefa são também importantes mas, como salienta Abreu (2007), nem sempre as exigências requeridas para supervisionar estudantes em ensino clínico estão em concordância com as condições proporcionadas pela instituição de saúde onde o supervisor exerce a sua atividade profissional.

Neste âmbito, a falta de disponibilidade para a supervisão constitui um problema sublinhado pelos supervisores e que tem emergido, nos últimos anos, nas instituições de saúde, condicionando o desempenho dos mesmos. Esta dificuldade tem sido também apontada na literatura por diversos autores, nomeadamente Simões (2004) e Rua (2011). Neste sentido, a carga de trabalho dos supervisores deve ser reduzida, de modo a aumentar a qualidade do processo supervisivo (Bray e Nettleton, 2007 in Huybrecht et al., 2011).

Por outro lado, a falta de reconhecimento, as dificuldades nas parcerias escola-instituição de saúde, a falta de colaboração da equipa e a acumulação de funções constituem obstáculos à supervisão de estudantes em ensino clínico, sendo percebidos pelos supervisores, como fatores inibidores do desenvolvimento do seu papel. Esta perspetiva é também apresentada por Rua (2011), sob o ponto de vista do estudante, ao considerar

que as condições para a realização da tarefa implicam a existência de recursos necessários ao desenvolvimento de atividades promotoras do seu desenvolvimento.

Para ultrapassar as dificuldades emergentes do processo supervisivo relacionadas com a falta de disponibilidade e de tempo para o mesmo, os supervisores apontam estratégias que convergem para a gestão eficaz do tempo. Este saber gerir o tempo de trabalho com o estudante é também ressaltado por Gray e Smith (2000) citados por Abreu (2007).

Na base da resolução de dificuldades nas parcerias, os supervisores são destaque à comunicação que, na sua ótica, deve ser bidirecional, uma vez que eles constatarem que um dos principais constrangimentos que afetam as parcerias estabelecidas entre escolas e instituições de saúde é a falta de comunicação e colaboração. Neste âmbito, concordamos com Costa (1998) quando expressa a necessidade de dinamizar e inventariar formas de colaboração e de trabalho conjunto entre os serviços e as escolas, para que todos saiam a ganhar.

Supervisor e contextos

Neste domínio ressalta a importância que os papéis, as atividades e as interações estabelecidas pelos supervisores em cada contexto. Assim, tal como já foi apresentado anteriormente, a dimensão pessoal do supervisor, os seus atributos e a sua maneira de ser e de estar na profissão acabam por influenciar os papéis que desempenha nos diversos ambientes. Simultaneamente, os diferentes tipos de ambiente originam, por sua vez, padrões distintos de papéis, atividades e interações. Constatamos, deste modo, que existem influências recíprocas entre estas estruturas. Estas influências podem afetar direta ou indiretamente os supervisores.

Estes destacaram sobretudo a importância do microsistema para o seu desenvolvimento que constitui o ambiente mais próximo, no qual ele estabelece interações interpessoais e assume diversos papéis.

As características das unidades de saúde podem promover ou inibir o desenvolvimento profissional do estudante e dos profissionais de saúde, havendo necessidade de haver, tal como afirmam os supervisores, ajustamentos no sentido de proporcionar as melhores experiências de aprendizagem. Esta perspetiva vai ao encontro da perspetiva de Abreu (2007) que explica que estes contextos apresentam mensagens subentendidas que poderão influenciar de forma positiva ou negativa os comportamentos pessoais e grupais.

Durante o ensino clínico, para além das interações estabelecidas com outros intervenientes, o supervisor interage também com o estudante, desenvolvendo uma relação supervisiva que, na perspetiva ecológica de Bronfenbrenner (2002), pode ser designada por díade, ou seja, um sistema de duas pessoas que serve como base do microsistema, possibilitando a formação de estruturas interpessoais maiores. Outros autores fazem referência à relação supervisiva perspetivando-a como uma relação diádica que requer envolvimento e comprometimento das partes envolvidas (Chilton e Andrews, 2000). No nosso estudo, percebemos que esta relação influencia de forma recíproca o estudante e o supervisor, quando constatamos a existência de transições ecológicas ocorridas nestas pessoas em desenvolvimento, decorrentes dos processos de observação, questionamento e reflexão.

Na base do estabelecimento da relação supervisiva encontra-se a criação de uma atmosfera afetivo-relacional envolvente. A sua importância para o sucesso do ensino clínico foi evidenciada no discurso dos supervisores, à semelhança do que refere Alarcão e Tavares (2003): para que o processo supervisivo decorra nas condições mais adequadas torna-se fundamental a criação de um clima positivo ancorado em valores como a solidariedade, a ajuda, a empatia e a colaboração.

Sword et al. (2002), tendo como base autores como Donovan (1990), Armitage e Burnard (1991) e Vance e Olson (1998) completam esta perspetiva ao considerar que compete ao supervisor não só a missão de apoiar o estudante, mas também, de o inspirar e nutrir.

O relacionamento interinstitucional constitui um aspeto influenciador das dinâmicas desenvolvidas durante o ensino clínico. De acordo com os supervisores, este relacionamento surge muitas vezes marcado pela falta de comunicação interinstitucional que conduz a falhas na clarificação do papel do supervisor. Estes aspetos corroboram os estudos de Franco (2000), Borges (2010) e Rua (2011) que consideram que todos os intervenientes do processo supervisivo sairiam beneficiados se fossem implementadas parcerias que promovessem espaços de reflexão e formação indutores do planeamento conjunto dos ensinamentos clínicos.

Supervisor e tempo

O quarto domínio emergiu, de forma subtil, nas narrativas dos atores, tendo apresentado apenas expressão na categoria mesotempo.

Como é notório nas narrativas, a periodicidade dos ensinamentos clínicos surge como fator inibidor do desenvolvimento da competência e da perícia do supervisor. Um dos supervisores pôs em evidência a experiência em supervisão, dado que esta é inibida pelo facto de não ter muitas oportunidades de supervisionar estudantes em ensino clínico, apresentando, desta forma, dificuldade em se tornar perito em supervisão, embora possa ser perito em enfermagem.

Nesta linha de pensamento, Alarcão e Tavares (2003), no âmbito da supervisão de professores, consideram que o supervisor deve ser uma pessoa mais experiente e mais informada. No âmbito da enfermagem, o supervisor necessita de ser um perito na área profissional em que supervisiona o estudante, de forma a contribuir positivamente para o desenvolvimento das suas ideias, atitudes e práticas no decorrer da sua aprendizagem (Abreu, 2007), ideia que é corroborada por Fernandes (2010), ao salientar que o enfermeiro supervisor deverá ser um profissional mais experiente, com conhecimentos sólidos sobre as situações que surgem em contexto da prática. Desta forma, tendo em conta os achados do estudo e baseando-nos nos pressupostos de Benner (1984, 2001), pensamos que o supervisor deve ser perito em enfermagem e simultaneamente experiente na supervisão de estudantes em ensino clínico.

Esta perspetiva foi também apresentada por Schön (1990, 1992) ao ressaltar que os estudantes devem aprender e desenvolver-se com o apoio, a orientação e a supervisão de profissionais da prática detentores de maior experiência profissional.

Em síntese, embora o tempo não tenha surgido de forma explícita nas narrativas, consideramos que constitui um elemento importante no processo de desenvolvimento do supervisor. De facto, os papéis, as atividades e as interações estabelecidas pelo supervisor em cada contexto não são determinados apenas pelos contextos atuais. Todos nós temos um trajeto percorrido, uma história de vida e comportamo-nos de determinada forma porque os contextos anteriormente inscritos na nossa história pessoal nos moldaram e influenciaram dessa maneira e não de outra. Daí que existem supervisores com mais experiência nos processos de observação, reflexão e questionamento, com mais experiência profissional e supervisiva que poderão encontrar-se mais preparados para o processo de supervisão de estudantes em ensino clínico.

Supervisor e desenvolvimento profissional

O ensino clínico constitui um processo formativo complexo, requerendo dos supervisores competências pessoais, pedagógicas e de enfermagem.

Constatamos que os atores compreendem a supervisão de estudantes em ensino clínico como um processo indutor e promotor do seu desenvolvimento profissional.

De acordo com Rodrigues (2007) o desenvolvimento profissional tanto pode partir da teoria como da prática, visão que vai de encontro à de Sanches e Sá-Chaves (1998) e à dos supervisores do estudo.

De facto, durante o ensino clínico, o supervisor é confrontado com diferentes perspetivas e teorias trazidas pelo estudante, despoletando a necessidade de uma constante atualização e formação profissional e de uma reflexão sobre vários aspetos da prática profissional e supervisiva que o conduza à competência profissional. Neste contexto, e de acordo com Le Boterf (2003), no processo de aquisição e desenvolvimento de competências compete ao profissional saber transpor, o que pressupõe que este tenha a capacidade de aprender e se adaptar, que consiga tirar as lições da experiência, transformando a sua ação em experiência. Esta ideia aparece bem marcada no discurso dos atores, que consideram que durante a supervisão de estudantes em ensino clínico o supervisor tem oportunidade para ficar em contacto com a parte teórica que entretanto poderá ter ficado mais esquecida, permitindo-lhe transpor para a prática esses conceitos, de forma a melhorar as suas práticas.

Na mesma linha de pensamento, o estudo de Sword et al. (2002) evidencia a importância dos supervisores se sentirem ligados com o corpo de conhecimentos científicos do curso de enfermagem e por se sentirem revitalizados com as discussões e reflexões emergidas no contacto com estudantes.

A investigação conduzida por Huybrecht et al. (2011) revela-nos também os ganhos potenciais que a partilha de experiências e o acompanhamento próximo dos desenvolvimentos da disciplina se revestem para o supervisor.

Esta partilha de experiências conduz muitas vezes ao confronto de perspetivas que, na ótica dos atores, propiciam a reflexão, a análise e a avaliação constante das práticas. O profissional reflexivo é aquele que sente necessidade de repensar constantemente as suas práticas e as suas atitudes, confrontando os seus saberes, movimentando-se numa postura crítica e aberta à mudança. O profissional reflexivo sente-se implicado em todas as ações, estando consciente que estas poderão ter repercussões no seu auto

desenvolvimento e no desenvolvimento das pessoas com quem interage, nos contextos em que se move e nos processos proximais operados ao longo do tempo.

Para Rodrigues (2007) a reflexão está na base da mudança, do progresso e do aperfeiçoamento. Quem não reflete sobre o que faz acomoda-se e repete os erros, não evoluindo para a competência profissional.

Outro dos aspetos emergentes no estudo é a constatação que o supervisor, no contacto com o estudante, adquire uma maior consciencialização de si próprio, das suas características, dos seus comportamentos, das suas atitudes e das suas limitações, com reflexos importantes no seu desenvolvimento pessoal e conseqüentemente profissional. Não obstante, os supervisores descrevem os aspetos que foram alvo de mudança nas suas práticas durante ou após os períodos de supervisão de estudantes em ensino clínico, dos quais destacamos:

- Mudança de procedimentos e de algumas práticas estabelecidas nas instituições de saúde;
- Revisão dos procedimentos adequados à prestação dos cuidados de enfermagem, com vista à melhoria contínua dos mesmos;
- Desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação interpessoal;
- Mais rigor na realização dos registos;
- Maior atenção ao acolhimento do utente/família;
- Mais cuidado na informação/educação prestada ao utente;
- Aperfeiçoamento de estratégias de formação e de supervisão;
- Estudo dos diferentes perfis de supervisor clínico.

Embora surja de forma incipiente, um dos supervisores fez referência à investigação em enfermagem como meio de desenvolvimento profissional. O ator em causa salienta que no decurso do ensino clínico tem desenvolvido projetos de investigação conducentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, quer para aferir o impacto das suas intervenções, quer para promover no estudante a necessidade de investigar. Esta perspetiva é corroborada por Gameiro (1999) que considera a investigação científica em enfermagem como um meio promotor da dignificação profissional, do desenvolvimento de competências analíticas, da plasticidade cerebral e da abertura ao outro. Também a Ordem dos Enfermeiros (2010) salienta que o enfermeiro deve contemplar a dimensão

investigativa, tendo em conta os diversos papéis que é chamado a desempenhar no exercício da sua atividade profissional.

Em suma, tal como temos vindo a referir ao longo do estudo, tanto o supervisor como o estudante são perspetivados como pessoas num processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. A alusão ao papel de aprendente do supervisor é apresentada na literatura por diversos autores, nomeadamente Mendes et al. (2001); Sword et al. (2002); Simões (2004), Dias (2010) e (OE, 2010).

Também Alarcão e Tavares (2003, p. 53) sublinham que “desenvolver-se e aprender para poder ensinar a aprender e ajudar a desenvolver os alunos, parece ser, na realidade, não apenas o objetivo fundamental das atividades da supervisão da prática pedagógica, mas também a tarefa principal a realizar”.

Neste âmbito, os estudantes são vistos como um potencial formativo, levando os supervisores a procurar novas estratégias de cuidar, supervisionar e des(re)construir as suas práticas.

CONCLUSÃO

4. CONCLUSÃO

Chegados ao termo desta investigação consideramos que atingimos o objetivo geral e que respondemos às questões de investigação e aos objetivos formulados. No entanto, temos consciência que este percurso se encontra inacabado e que podemos perspetivar novos caminhos.

As reflexões que se seguem convergem em torno do eixo estruturante da pesquisa, tendo em consideração a visão global das narrativas. Desta forma, resumiremos as principais conclusões da investigação, apontaremos as suas implicações práticas, bem como os seus limites e, por último, delinearemos linhas de investigações futuras.

Conclusões

A Enfermagem, enquanto ciência do cuidar, requer uma (re)construção permanente de novos saberes, sendo por isso necessário um questionamento contínuo relativo às práticas desenvolvidas e aos contextos nos quais os enfermeiros se movem.

Como já foi referido, o processo de desenvolvimento profissional é complexo, podendo adquirir vários sentidos: desenvolvimento de competências, progressão profissional, formação contínua, reflexão e investigação.

Na perspetiva dos atores, o desenvolvimento profissional constitui uma construção individual que, só é possível mediante o recurso a processos de reflexão, de questionamento e de observação. Para que o desenvolvimento profissional se torne uma realidade é fundamental a existência de um novo olhar, mais atento, mais aberto e mais interativo que apreenda, no entrecruzamento de olhares, a melhor combinação entre os saberes teóricos, o saber-fazer e as atitudes em cada situação. No entanto, para que haja lugar para a ocorrência de transições ecológicas, não podemos esquecer a história de vida, as características pessoais e os contextos em que nos movimentamos.

De facto, a pessoa em desenvolvimento ocupa um lugar central no modelo bioecológico e, neste estudo, essa centralidade é colocada em evidência através do esforço individual de crescimento de cada supervisor, ao sentir-se auto implicado com uma postura crítico-

reflexiva, que lhe possibilita situar-se no mundo que o rodeia, consciencializando-se do lugar que ocupa e das intervenções que pode desempenhar de forma proactiva.

Os atores do estudo situam-se num paradigma de inacabamento relativamente à formação e ao desenvolvimento profissional, assumindo que têm ainda muito para aprender. Esta aprendizagem é enriquecida no contacto com estudantes em ensino clínico. Eles acabam por ser um motor de desenvolvimento profissional do supervisor, uma vez que lhe possibilita ligar-se com a teoria, com os conhecimentos mais atualizados, com outras formas de ver, de pensar e de agir, levando-o ao questionamento permanente das suas práticas, à auto e hétero-reflexão, à formação e à investigação, num esforço contínuo de superação de erros e de melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo deste processo, ele vai progressivamente caminhar no sentido de se tornar perito, apercebendo-se da globalidade das situações, tomando decisões de forma mais segura, emanando opiniões clínicas e gerindo situações altamente complexas e imprevisíveis (Benner, 2001).

Os supervisores do estudo consideram que a supervisão de estudantes em ensino clínico provoca um impacto no seu desenvolvimento profissional. Para este desenvolvimento profissional concorrem vários aspetos que emergem no processo supervisivo entre os quais destacamos:

- Maior consciencialização de si próprio, das suas características, dos seus comportamentos e das suas atitudes, ajudando-o no processo de desenvolvimento pessoal;
- Movimentação na espiral teoria-prática e prática-teoria, tendo por base processos de observação, reflexão e questionamento;
- Apreciação das necessidades formativas e consciencialização de que se torna necessário efetuar uma mudança de perspetiva, com o respetivo reflexo nas práticas;
- Mais responsabilização pela formação ao longo da vida;
- Confronto com outras perspetivas e formas de pensar;
- Promoção da reflexão em equipa e com o estudante;
- Observação mais atenta e rigorosa, impulsionadora do questionamento, da reflexão e da (des/re)construção das práticas;

- Percepção das suas dificuldades e das suas limitações, o que propicia o desenvolvimento de novas competências no sentido de responder a essas necessidades.

Com este estudo, clarificou-se a importância de que se revestem os ensinamentos clínicos para a formação, aprendizagem e desenvolvimento profissional do supervisor.

Não obstante, o processo de desenvolvimento profissional perspectivado com base no modelo bioecológico tem em conta as quatro componentes analisadas - pessoa, processo, contexto e tempo - desvendando a singularidade de cada supervisor, a forma como se move e articula nos diversos contextos e ao longo do tempo, revelando a sua forma de ser, estar e agir, que o capacita para a introspeção e a análise reflexiva das práticas clínicas e supervisivas. Dessa análise reflexiva e intencional resultam, muitas vezes, metamorfoses que são reveladas quando os supervisores se constituem como agentes de mudança, (re)construindo os contextos com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Implicações práticas

A realização desta investigação possibilitou o estudo do desenvolvimento profissional do supervisor em contexto de supervisão de estudantes em ensino clínico, o que nos permite deixar alguns contributos e sugestões suscetíveis de assumirem um impacto no desenvolvimento profissional do supervisor e nas práticas de enfermagem. Neste âmbito, deixamos as seguintes sugestões:

- Perspetivar o contexto de trabalho como um espaço formativo, promotor do questionamento, da reflexão e da análise de casos e indutor da reciprocidade e da colaboração;
- Promover momentos de reflexão conjunta entre os supervisores e entre estes e a equipa de enfermagem, impulsionadores da troca de experiências e sugestões no sentido de articular esforços e contribuir para a eficácia e eficiência do processo de supervisão de estudantes em ensino clínico e para o desenvolvimento profissional dos vários intervenientes neste processo;
- Motivar o supervisor para o investimento no seu processo de formação e desenvolvimento contínuo;

- Repensar a formação dos enfermeiros supervisores, facultando-lhes formação específica na área da supervisão que contemple um programa direcionado para o desenvolvimento de competências, de estratégias e de metodologias de supervisão, capazes de sustentar uma cultura de trabalho colaborativo entre todos os intervenientes no processo supervísivo.
- Motivar o supervisor para a importância do conhecimento de si próprio e do conhecimento dos estudantes;
- Proporcionar o tempo adequado para que o supervisor se prepare para a tarefa, planeando com qualidade o ensino clínico;
- Sensibilizar os profissionais de saúde em geral, e os enfermeiros, em particular para o reconhecimento do papel de supervisor;
- Implementar protocolos institucionais, promotores de uma articulação clara entre as instituições envolvidas no processo ensino/aprendizagem dos estudantes de enfermagem.

Limitações do estudo

Este trabalho, tal como a grande maioria dos trabalhos de natureza académica, apresenta algumas limitações, às quais não podemos ser alheios.

No que concerne às limitações do estudo, relacionadas com o desempenho da investigadora, emerge sobretudo o cumprimento dos “timings” para conclusão da dissertação em tempo útil. De facto, a sobreposição do estudo com as atividades profissionais e a responsabilidade parental, implicou um grande esforço de gestão do tempo e organização das tarefas. Em alguns períodos, tivemos necessidade de interromper a investigação, facto que conduziu a quebras de tempo que foram entretanto ultrapassadas com apoio e uma motivação enorme para avançar.

Outra das dificuldades reporta-se à inexperiência na utilização do software WEBQDA. No entanto, ultrapassou este constrangimento com o recurso a ações de formação desenvolvidas na Universidade de Aveiro.

Por último, temos consciência do grupo restrito no qual se focou o estudo de caso que por si só constituiu uma limitação.

Linhas de investigação futuras

Apesar dos estudos que têm surgido nos últimos anos em torno da supervisão em enfermagem, consideramos que esta área apresenta ainda um grande potencial investigativo.

Pensamos que o próprio estudo não se esgota com as conclusões apresentadas. Neste sentido, perspetivamos o aprofundamento deste tema, dada a relevância para a enfermagem, enquanto profissão, e para o enfermeiro, enquanto profissional em desenvolvimento.

Sugerimos também o desenvolvimento de estudos direcionados para a auto supervisão do enfermeiro, uma vez que esta constitui um excelente veículo para o desenvolvimento profissional.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (1996). Dinâmica de formatividade dos enfermeiros: subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar. In Canário, R., Estrela, A. & Ferreira, J. (Eds.), *Formação e situações de trabalho* (Vol. 1). Lisboa.

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

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

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinios clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, 54-59.

Alarcão, I. (2003). Professores reflexivos em uma escola reflexiva. S. Paulo: Cortez.
Disponível em <http://adidatica.com.br/arquivos/ALARC%C3%83º.doc>. Acedido a 10 de novembro de 2010.

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 373-382. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/714/71414308.pdf>. Acedido a 25 de outubro de 2010.

Alarcão, I., & Tavares, J. (1987). *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem* (2ª ed. revista e desenvolvida). Coimbra: Almedina.

Alarcão, I. (2009). Formação e Supervisão de Professores: uma nova abrangência. Conferências, *SÍSIFO Revista de Ciências de Educação*, 8, 119-128.

Alarcão, I., & Roldão, M. (2010). *Supervisão. Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores* (2ª ed). Mangualde: Edições Pedagogo.

- Ali, P., & Panther, W. (2008). Professional development and the role of mentorship. *Nursing Standard*, 22, 35-39.
- Amiguiño, A. (1992). *Viver a formação – construir a mudança: estudo de caso baseado numa experiência de inovação-formação*. Lisboa: Educa.
- Andrews, M., & Wallis, M. (1999). Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 201-207.
- Assad, L., & Viana, L. (2005). Formas de aprender na dimensão prática da atuação do enfermeiro assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 5, 586-591. Disponível em <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=267019626016>. Acedido a 28 de dezembro de 2011.
- Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Bártolo, E. (2008). Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: Um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. *Sísifo/Revista de Ciências da Educação*, 5, 7-18.
- Behrens, M. (2006). Reflexões sobre a síndrome do portefólio. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 187-197.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na Prática de Enfermagem*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Bodgan R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Borges, C. (2010). *Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: que parcerias?* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental process. In *Handbook of child psychology: theoretical models of human development*. New York: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. (1980). *The ecology of human development: experiments by nature and design* (3ª ed). Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Câmara Municipal de Santa Maria da Feira (2011). Território. Santa Maria da Feira. Disponível em <http://www.cm-feira.pt>. Acedido a 30 de outubro de 2011.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Chilton, F., Andrews, M. (2000). Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today*, 20, 555-562.
- Costa, M. (1998). *Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Edições Fim de Século.
- Costa, J., Serrano, A., Couto, H., Bento, M. & Oliveira, F. (2011). Plano de desempenho ACES Feira/Arouca 2011. Santa Maria da Feira: ACES Feira/Arouca.
- Costa, M., & Costa, C. (nd). Formação em Serviço: mitos e realidades. Disponível em enfermeirocarloscosta.planetaclix.pt/trabalhos.../FMR.PDF. Acedido a 12 de janeiro de 2011.
- D'Espiney, L. (1996). Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros. Uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In Canário, R., Estrela, A. & Ferreira, J. (Eds.), *Formação e situações de trabalho* (Vol. 1). Lisboa.
- Dias, M. I. (2008). *Programa de Promoção de Competências Pessoais e Sociais: um Estudo no Ensino Superior*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Dias, M. E. (2010). *Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico: a intervenção do tutor*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Dubar, C. (1996). Formation, Travail et Identités Professionnelles. In Canário, R., Estrela, A. & Ferreira, J. (Eds.), *Formação e situações de trabalho* (Vol. 1). Lisboa.
- Estrela, A. (1984). *Teoria e Prática de Observação de Classes: uma estratégia de formação de professores*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Fernandes, M. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª ed). Lisboa: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Franco, J. (2000). A participação no ensino clínico em enfermagem. *Revista Servir*, 48, 231-237.

Gameiro, M. (1999). Investigação em Enfermagem em Portugal – (Pre)curso Histórico. *Revista Referência*, 2, 41-45.

Gameiro, M. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação. *Revista Referência*, 10, 5-15.

Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. S. Paulo: Editora Atlas.

Gray, M.; Smith, L. (2000). The qualities of an effective mentor from the student nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1542-1549. Disponível em

http://www.inclentrust.org/uploadedbyfck/file/compile%20resourse/new-resourse-dr_-_vishal/Student%20Nurse's%20perspective.pdf. Acedido a 10 de março de 2012.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

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

Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeyhaegens, Yvo, De Tobel, D., & Wilhelm, M. (2011). Mentoring in nursing education: Perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse Education Today*, 31, 274–278. Disponível em

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691710002078>. Acedido a 5 de fevereiro de 2012.

Instituto Nacional de Estatística (2011). Censos 2011. Disponível em <http://www.ine.pt>. Acedido a 30 de outubro de 2011.

Kelly, B., Long, A., & McKenna, H. (2001). Clinical supervision. In J. Cutcliffe, T. Butterworth & B. Proctor (Eds.), *Fundamental themes in clinical supervision*. London: Routledge.

Lakatos, E., & Marconi, M. (2001). *Fundamentos de metodologia científica* (4ª ed). S. Paulo: Editora Atlas

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais* (3ª ed. revista e ampliada). Porto Alegre: Artmed editora.

Luís, D. (2004). Educação e formação em contexto hospitalar: Um estudo exploratório num hospital universitário. *Atas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia*. Disponível em <http://scholar.google.pt/scholar>. Acedido a 10 fevereiro 2012.

Mann, K., Gordon, J., & MacLeod, A. (2007, 2009). Reflection and reflexive practice in health professions education: a systematic review. *Health Sciences Education*, 14, 595-621. Disponível em http://meds.queensu.ca/ohse/assets/reflective_practice_a_systematic_review.pdf. Acedido a 2 de fevereiro de 2011.

Mendes, A., Costa, R., & Lopes, M. (2001). Orientação de estudantes: uma oportunidade de auto-formação. *Revista Pensar Enfermagem*, 5, 1-7.

Neary, M. (2000). Supporting students' learning and professional development through the process of continuous assessment and mentorship. *Nurse Education Today*, 20, 463-474. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691700904581>. Acedido a 15 de janeiro de 2012.

Nóvoa, A. (2006). Entrevista: pela Educação. *Saber (e) Educar*, 111-126.

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

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SCIECE) – Individualização e reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem – Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do sistema de certificação de competências*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Phillips, M., Davies, B., & Neary, M. (1996a). The practitioner-teacher: a study in the introduction of mentors in the preregistration nurse education programme in Wales. Part 1. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1037-1044.

Phillips, M., Davies, B., & Neary, M. (1996b). The practitioner-teacher: a study in the introduction of mentors in the preregistration nurse education programme in Wales. Part 2. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 1080-1088.

Portugal, G. (1992). *Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional.

Prates, L., Aranha, A., & Loureiro, A. (2010). Liderança: supervisão e aprendizagem partilhada na escola actual. *EDUSER, Revista de Educação*, 2, 20-36.

Riche, G., & Alto, R. (2001). As organizações que aprendem, segundo Peter Senge: a quinta disciplina. *Cadernos Discentes Coppead*, 9, 36-55. Disponível em <http://www.mettodo.com.br/pdf/Organizacoes%20de%20Aprendizagem.pdf>. Acedido a 20 de fevereiro de 2012.

Rodrigues, C. (2007). *Escola reflexiva e desenvolvimento profissional dos professores. A conceção do Projeto Educativo como estratégia de desenvolvimento profissional*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.

Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.

Sá-Chaves, I., & Amaral, M. (2000). Supervisão Reflexiva: a passagem do eu solitário ao eu solidário. In Alarcão, I. (Ed.), *Escola Reflexiva e Supervisão: Uma Escola em Desenvolvimento e Aprendizagem* (pp. 79-85). Porto: Porto Editora.

Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (2ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sá-Chaves, I., & Silva, R. (2008). Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12, 721-734. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400004&lang=pt. Acedido a 21 de outubro de 2010.

Sá-Chaves, I. (2009). *Portfólios reflexivos – estratégia de formação e de supervisão* (4ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sanches, A., & Sá-Chaves, I. (1998). Educação Pré-escolar: novas concepções de formação para contextos sociologicamente instáveis e pouco previsíveis. In: Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais* (2ª ed.). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). S. Paulo: McGraw-Hill.

- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico: Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. USA: Basic Books.
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco: Jossey-Bass publishers.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Simões, J., & Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspetiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*, 6, 91-108.
- Simões, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem. A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sword, W., Byrne, C., Drummond-Young, M., Harmer, M., & Rush, J. (2002). Nursing alumni as student mentors: nurturing professional growth. *Nurse Education Today*, 5, 427-432. Obtido em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691702907422>. Acedido a 5 de janeiro de 2012.
- Uwamariya, A., & Mukamurera, J. (2005). Le développement professionnel des enseignants. *Reveu des Sciences de L`education*, 31, 133-155.
- Vieira, F., & Moreira, M. (2011). *Supervisão e avaliação do desempenho docente: Para uma abordagem de orientação transformadora*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Yin, R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (4ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

Legislação

Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*.

Presidência do Conselho de Ministros (2005). Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009. Lisboa. Disponível em <http://www.unic.pt/images/stories/publicacoes/ProgramaGovernoXVII.pdf>. Acedido a 9 de novembro de 2011.

Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, N.º 35, 2.ª série, 18 de Fevereiro. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf. Acedido a 2 de novembro de 2011.

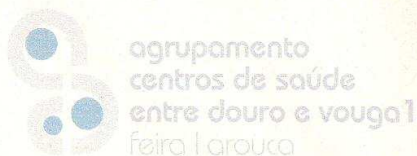
Portaria n.º 242/2011. *Diário da República*, N.º 118, 1ª Série, de 21 de Junho. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/06/11800/0363203638.pdf>. Acedido a 20 de janeiro de 2012.

ANEXOS

ANEXO I – Pedido de autorização da
realização do estudo



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



Exmo. Senhor Director

ACES entre o Douro e Vouga I
Feira/Arouca

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Data

29/06/2011

Assunto: Pedido de autorização para realização de entrevistas a enfermeiros do ACES Entre o Douro e Vouga I - Feira/Arouca, com experiência na supervisão de estudantes em ensino clínico

Vânia Maria Oliveira Coimbra, enfermeira a exercer funções na UCC Santa Maria da Feira, vem, por este meio, solicitar autorização para a realização de entrevistas a alguns enfermeiros do ACES Entre o Douro e Vouga I - Feira/Arouca, Centro de Saúde de Santa Maria da Feira, detentores de experiência em supervisão de estudantes em ensino clínico. A aplicação das entrevistas enquadra-se num estudo intitulado "O impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor", no âmbito de mestrado em supervisão, a decorrer na Universidade de Aveiro.

Tem como objectivo geral compreender o impacto da supervisão de ensinos clínicos no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor.

Os participantes serão, portanto, os enfermeiros com experiência na supervisão de estudantes em ensino clínico e que demonstrem interesse em colaborar no estudo.

Compromete-se a garantir os princípios éticos e deontológicos ao longo do processo de investigação, nomeadamente o consentimento livre e informado e o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A realização das narrativas e das entrevistas semi-estruturadas encontra-se prevista para os meses de Julho a Outubro de 2011.

Certa que obterá por parte de V. Exa. a melhor compreensão para o assunto.

Respeitosos cumprimentos.

O Funcionário

ANEXO II – Guião da Narrativa



Universidade de Aveiro

GUIÃO DAS NARRATIVAS

Muito obrigada por ter aceite participar neste estudo que tem como objetivo geral compreender o impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do supervisor.

Nesta primeira fase, pretendemos que desenvolva o seu pensamento de forma livre e espontânea sobre alguns pontos-chave que apresentamos em seguida ou outros que forem emergindo no ato da escrita.

Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade para colaborar no estudo.

TÓPICOS PARA ANÁLISE:

- Supervisão de estudantes: conceito.
- Aspetos positivos e negativos da supervisão de estudantes em ensino clínico.
- Estratégias de supervisão mais usadas na supervisão de estudantes em ensino clínico.
- Dificuldades que emergem no processo supervisoivo.
- Necessidades formativas identificadas aquando da supervisão de estudantes em ensino clínico.
- Necessidade ou não de mudar práticas durante e/ou após a supervisão de estudantes em ensino clínico.

ANEXO III - Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

TEMA: Impacto da supervisão de estudantes em ensino clínico no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor

Objetivo Geral

- Compreender o impacto da supervisão de ensinamentos clínicos no desenvolvimento profissional do enfermeiro supervisor.

Bloco Temático A: Legitimação da entrevista e caracterização do entrevistado - idade, tempo de serviço, categoria profissional, experiência enquanto supervisor, preparação específica para a supervisão.

Bloco Temático B: Representações do enfermeiro supervisor sobre a supervisão

Bloco Temático C: Representações do enfermeiro supervisor sobre a formação contínua em enfermagem

Bloco Temático D: Representações do enfermeiro supervisor sobre a reflexão que emerge do processo supervisorio

Bloco Temático E: Representações do enfermeiro supervisor sobre as mudanças nas práticas resultantes da sua implicação no processo supervisorio de estudantes em ensino clínico

Bloco Temático F: Finalização

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES A COLOCAR	AÇÕES A DESENVOLVER/ TÓPICOS
A – Legitimação da entrevista e caracterização do entrevistado.	<ul style="list-style-type: none"> - Legitimar a entrevista; - Motivar o entrevistado; - Caracterizar o entrevistado 	<p>P1. Gostaria, se possível, gravar a entrevista. Será viável?</p> <p>P2. Gostaria de saber alguns dados, nomeadamente a sua idade, tempo de serviço, categoria profissional, experiência enquanto supervisor e preparação específica para a supervisão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Informar o entrevistado sobre o que se pretende com a entrevista; - Contextualizar a entrevista no âmbito do trabalho a desenvolver na Dissertação de Mestrado; - Explicar a importância da entrevista para a realização do trabalho em questão; - Assegurar o caráter confidencial da informação prestada.

<p>B - Representações do enfermeiro supervisor sobre a supervisão</p>	<p>- Aceder às representações do enfermeiro supervisor sobre a supervisão de estudantes em ensino clínico.</p>	<p>P1. Nos últimos anos, a supervisão em enfermagem tem vindo a ser tema de debate e reflexão. Na sua ótica qual é o papel do supervisor de estudantes em ensino clínico?</p> <p>P2. Que competências deve ter um supervisor de estudantes em ensino clínico?</p> <p>P3. Que estratégias de supervisão utiliza na supervisão de estudantes em ensino clínico?</p> <p>P3.1 Utiliza as mesmas estratégias com todos os estudantes? (Se sim) - pode justificar porquê... (Se não) - pode justificar porquê, eventualmente dar um exemplo de estratégias diferentes usadas no mesmo grupo de estudantes.</p> <p>P4. Durante o processo supervisivo tem sentido dificuldades? (Se sim) - Que dificuldades? Como as ultrapassou ou o que acha que é necessário fazer para ultrapassar essas dificuldades? (Se não) - Pode esclarecer?</p>	
<p>C – Representações do enfermeiro supervisor sobre a formação contínua em enfermagem</p>	<p>- Aceder às representações do enfermeiro supervisor sobre a formação contínua em enfermagem</p>	<p>P1. Ao longo da sua experiência como supervisor, em algum momento sentiu necessidade de suprir algumas necessidades formativas, recorrendo a ações de formação?</p> <p>P2. Algum dos temas selecionados no questionário do Núcleo de Formação do ACES Feira/Arouca - Diagnóstico de necessidades de formação contínua em enfermagem 2011 - decorreu das suas necessidades formativas levantadas durante a supervisão de estudantes em ensino clínico?</p>	

		<p>P3. Qual é para si a importância da formação contínua em enfermagem?</p> <p>P3.1 - Qual é o seu objetivo?</p> <p>P3.2 - Que resultados se pretendem alcançar com a formação continua?</p>	
<p>D – Representações do enfermeiro supervisor sobre a reflexão que emerge do processo supervisão</p>	<p>- Identificar as representações do enfermeiro supervisor sobre o processo reflexivo emergente da supervisão de ensinos clínicos;</p>	<p>P1. Como enfermeiro supervisor, considera pertinente estimular o estudante a refletir sobre as situações que vivencia durante o ensino clínico? Por que razão?</p> <p>P2. Quem costuma iniciar o processo reflexivo?</p> <p>P3. Na reflexão sobre as práticas do estudante quais os aspetos que são foco de reflexão com mais frequência?</p> <p>P4. Em que momento o estudante reflete sobre as suas práticas? (antes, durante, após ação)</p> <p>P5. Já alguma vez se deparou com questões dos estudantes que o levaram a refletir e/ou a investigar?</p> <p>P6. Durante ou após a supervisão de estudantes sentiu necessidade de refletir sobre algumas situações da prática diária e/ou do processo supervisão com outros profissionais de saúde? Porquê?</p> <p>P7. Alguns autores sugerem que diferentes pontos de vista contribuem para a abertura de espírito do estudante, ajudando-o na incorporação do saber teórico com o prático. Sabemos que frequentemente se cria um campo de tensões entre a teoria e a prática. Quando o estudante tem um ponto de vista divergente do seu, procura refletir sobre esse facto?</p> <p>(Se sim) Como faz essa reflexão, só ou com o estudante? (Se não) - Porquê?</p>	

		<p>P8. Na sua opinião, o seu papel de supervisor contribuiu para promover práticas de questionamento e reflexão sobre as suas práticas? Se sim, dê exemplos ilustrativos que evidenciem a melhoria das mesmas.</p>	
<p>E – Representações do enfermeiro supervisor sobre as mudanças nas práticas resultantes da sua implicação no processo supervisão de estudantes em ensino clínico.</p>	<p>- Identificar as representações dos enfermeiros supervisores sobre as mudanças nas práticas resultantes da sua implicação no processo supervisão de estudantes em ensino clínico.</p>	<p>P1. Na sua opinião, o seu papel de supervisor contribuiu para melhorar as suas práticas supervisivas? De que modo?</p> <p>P2. Considera que o ensino clínico se assume como momento de formação não só para o estudante mas também para o próprio enfermeiro supervisor? Porquê?</p> <p>P3. No decurso do EC, em que tem desempenhado funções de supervisor, implementou projetos (mesmo pequenos) conducentes à melhoria contínua da qualidade dos cuidados? (Se sim) que tipo de projetos? (Se não) porquê?</p> <p>P4. Como síntese, que balanço faz do desempenho das funções de supervisor relativamente às suas práticas/desenvolvimento profissional?</p>	
<p>F - Finalização</p>		<p>Muito obrigada pela disponibilidade que teve em responder às questões colocadas. Após a transcrição da entrevista poderemos cedê-la, se assim o entender.</p>	<p>- Agradecer a disponibilidade e a participação; - Disponibilizar a gravação e a transcrição ao entrevistado.</p>