



**Elvira Maria Martins
dos Santos**

**A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico.
Estudo Qualitativo na Formação Inicial em
Enfermagem**



**Elvira Maria Martins
dos Santos**

**A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico.
Estudo Qualitativo na Formação Inicial em
Enfermagem**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didáctica realizada sob a orientação científica do Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto e da Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Didáctica e Tecnologia da Universidade de Aveiro.

Apoio financeiro e logístico da ex –
Escola Superior de Enfermagem Dr.
Ângelo da Fonseca e Escola Superior
de Enfermagem de Coimbra

Dedicatória

Dedico este trabalho à Enfermagem e a todos quantos a ela se devotam. Aos meus familiares próximos e amigos pelo incansável estímulo, apoio e compreensão pelo tempo que lhes neguei a minha presença.

Aos meus colegas de trabalho pelo incentivo, cooperação e empenho demonstrados.

O júri

Presidente

Doutor João Manuel Nunes Torrão
Professor Catedrático do Departamento de Línguas e Culturas da Universidade de Aveiro

Doutor José Alberto de Azevedo e Vasconcelos Correia
Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e da Ciências da Educação da Universidade do Porto

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa
Professora Catedrática do Departamento da Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro (Co-orientadora)

Doutora Idália da Silva Carvalho Sá-Chaves
Professora Associada do Departamento da Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto (Orientador)

Doutora Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Doutora Maria Antónia Miranda Rebelo Botelho Alfaro Velez
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Agradecimentos

A presente dissertação propõe-se divulgar as potencialidades de um enquadramento para a reflexão na aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em contexto de formação clínica: a narrativa reflexiva.

A importante colaboração de Professores de Enfermagem, Enfermeiros e Estudantes de Enfermagem, bem como de personalidades ligadas à Didáctica e Psicologia contribuíram para a concretização deste trabalho, a quem agradecemos pelo seu inestimável contributo.

Um especial agradecimento aos meus professores orientadores, Professor Doutor Wilson Abreu e Professora Doutora Nilza Costa, cujas críticas, achegas e esclarecimentos muito contribuíram para o trabalho agora apresentado.

Palavras-chave

Aprendizagem, Enfermagem, Ensino Clínico, Supervisão, Reflexão / Prática reflexiva

Resumo

ENQUADRAMENTO: A prestação de cuidados de saúde coloca os enfermeiros face a situações complexas, exigindo a mobilização de um conjunto de saberes próprios que lhes permita responder de modo criativo e adequado à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam. Com o ensino clínico pretende-se assegurar a aquisição/construção de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. Para isso o valor da reflexão na e sobre a acção como elemento facilitador da aprendizagem do estudante em contextos clínicos tem sido demonstrado sabendo-se que quando a reflexão é intencionalmente realizada conduz à construção do saber e sendo teórica e metodologicamente enquadrada permite a emancipação profissional, o aprender a aprender e a consciência da tomada de decisão. Desconhecem-se, contudo, as potencialidades da reflexão sistemática e continuada em ensino clínico na aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem

OBJECTIVO: Analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e metareflexões no processo de aprendizagem e desenvolvimento do estudante de enfermagem, em contexto de ensino clínico de enfermagem, potencialidades encaradas enquanto força catalisadora e promotora de construção de saberes experienciais e de aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico

METODO: Realizámos um estudo de caso com abordagem qualitativa com recurso à investigação narrativa e fenomenográfica. Ao longo de um ano lectivo foi implementado um programa educacional em ensino clínico promotor de processos reflexivos. 189 Estudantes realizaram narrativas reflexivas sobre as suas práticas de cuidados de modo sistemático e continuado, dos quais recolhemos 50 narrativas reflexivas e 10 metareflexões de dez estudantes seleccionados aleatoriamente. Aquela informação foi submetida a análise qualitativa, com critérios de hermenêutica interpretativa, com recurso ao programa NUD*IST QSR N6. Os resultados das narrativas foram submetidos a matrizes de intersecção no sentido de identificar elementos de variabilidade entre estudantes, contexto e continuidade na construção narrativa.

RESULTADOS e DISCUSSÃO: Seis temas emergiram da análise das narrativas: i) Situações significativas de cuidados; ii) Modos de Interacção afectiva, cognitiva e comportamental com as situações significativas; iii) Modos de resposta activados; iv) Aquisição e construção de conhecimento; v) Aquisição e desenvolvimento de competências; e vi) Concepções acerca do processo reflexivo. Nas metareflexões foram identificadas as percepções dos estudantes sobre os processos reflexivos realizados que convergem com os resultados emergentes da análise das narrativas. O cruzamento dos resultados com referenciais teóricos permite afirmar que a aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes se expressa na confluência da aprendizagem significativa, potenciada por factores de mediação e construída na transição ecológica pela reflexividade.

RELEVÂNCIA PARA A DIDÁCTICA DA ENFERMAGEM: A utilização de enquadramentos para a reflexão usados de modo sistemático e continuado nos ensinamentos clínicos acompanhados de metareflexões finais têm expressão positiva no processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional do estudante de enfermagem, pelo que se recomenda a sua implementação no processo na aprendizagem clínica dos estudantes

Keywords

Learning, Nursing, Clinical teaching, Supervision, Reflection/Reflective practice

Abstract

BACKGROUND: The health care places the nurses face to complex situations demanding the mobilization of a set of own knowledge that allows them to answer in an adequate and creative way to the diversity and singularity of the problems which they come across. With the clinical teaching we want to assure the acquisition/construction of the knowledge, skills and attitudes required to autonomous and inter-dependent interventions from nursing professional exercise. To accomplish this, the value of reflection in and on action as a helping element of student's learning in clinical contexts has been demonstrated. We know that when the reflection is intentionally made it leads to the construction of knowledge and being theoretically and methodically supported it allows the professional emancipation, learning to learn and the conscience of decision making. However, it is still unknown the potentials behind the systematic and continuous reflection in the learning and development of the nursing students in clinical teaching.

OBJECTIVE: To critically analyze the potentials behind the construction of reflexive narratives and meta-reflections in the process of learning and development of nursing students in the context of clinical teaching. These potentials are faced as a catalytic force and promoter of the construction of experiential knowledge and of acquisition and development of personal and professional competencies by the nursing students in clinical teaching.

METHOD: We have conducted a qualitative study case associated to the narrative inquiry and fenomenographia. Through a whole school year it was implemented an educational programme in clinical teaching that promoted reflexive processes. 189 students conducted reflexive narratives about their own care practices in a systematic and continuous way. We gathered 50 reflexives narratives and 10 meta-reflections from ten students that were randomly selected. The information was submitted to qualitative analysis, with hermeneutical interpretative criteria, with resource to NUD*IST QSR N6 software program. The results from these narratives were submitted to intersection matrices in order to identify elements of variability among students, context and narrative continuity in the narratives construction.

RESULTS and DISCUSSION: Six themes had emerged from de narratives analysis: i) Significant heath-care situations; ii) Affective, cognitive and behavioural ways of interactions with the significant health-care situations; iii) Activated ways of reply; iv) Knowledge acquisition and development; v) Competencies acquisition and development and vi) Conceptions about the reflective process. In meta-reflections it had been identified the student's meanings about the reflexives process they carried through that converge with the emergent's results in the narratives. The results crossing with theoretician's referenes it allows to affirm that student's learning and development are express in the confluence of significant experiential learning, harnesssed by mediation factors and constructed in ecological transition by reflexivity.

NURSING DIDACTIC RELEVANCE: Framings to reflection used in a systematic and continued way in the clinical teaching followed by final meta-reflections have positive expression in nursing's students learning process and personal and professional development and for that we recommend its implementation in the student's clinical learning process.

ÍNDICE	
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE QUADROS	vii
LISTA DE TABELAS	xi
LISTA DE GRÁFICOS	xiii
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENFERMAGEM, FORMAÇÃO E PRÁTICAS REFLEXIVAS	11
1. ENFERMAGEM: FILOSOFIA E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO	13
1.1. Natureza ontoepistemológica da disciplina	16
1.2. Sobre o objecto da atenção em enfermagem	19
1.3. Construção e estrutura do conhecimento em enfermagem	21
2. EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM	35
2.1. Os Ensinos Clínicos: Importância da aprendizagem nestes contextos	38
2.2. Práticas supervisivas	41
3. PARADIGMAS E TEORIAS DE APRENDIZAGEM	49
3.1. Paradigmas de educação	49
3.2. Teorias de aprendizagem centradas no formando	54
4. REFLEXÃO E PRÁTICAS REFLEXIVAS	83
4.1. Reflexão e processos reflexivos: conceitos e teorias	89
4.2. Reflexão, metacognição e construção identitária	97
4.3. Reflexão sistemática: modelos e enquadramentos	100
4.4. Reflexão em enfermagem	111
PARTE II - OPÇÕES METODOLÓGICAS	121
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	123
1.1. Modo de investigação: estudo de caso	125
1.2. O contexto da pesquisa	131
2. DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO	135
2.1. Trabalho de campo	135
2.2. Recolha de informação: processos e dimensões éticas	139

2.3. Tratamento e análise da informação	142
2.4. Processos de triangulação	151
PARTE III – O CAMPO EMPÍRICO: PERCURSO ANALÍTICO E INTERPRETATIVO	155
1. SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS DE CUIDADOS	157
1.1. Natureza das situações significativas	157
1.2. Significado atribuído às situações experienciadas	175
1.3. Dificuldades na selecção de situações significativas	182
2. INTERACÇÃO COM AS SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS	187
2.1. Interacção afectiva: tipos de sentimentos expressos pelos estudantes	187
2.2. Interacção cognitiva: níveis de pensamento expresso pelos estudantes	207
2.3. Interacção comportamental: formas de agir profissional	242
3. MODOS DE RESPOSTA ACTIVADOS	277
3.1. Componente motora	278
3.2. Componente fisiológica	281
3.3. Componente cognitiva	283
3.4. Componente emocional	288
3.5. Factores de variabilidade	292
4. AQUISIÇÃO E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO	297
4.1. Conhecimento empírico	300
4.2. Conhecimento estético	307
4.3. Conhecimento pessoal	310
4.4. Conhecimento ético-legal	315
4.5. Conhecimento reflexivo	317
4.6. Factores de variabilidade	323
5. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	327
5.1. Responsabilidade	329
5.2. Prática segundo a ética	333
5.3. Prática legal	337
5.4. Prestação de cuidados	338
5.5. Desenvolvimento profissional	350
5.6. Factores de variabilidade	358

6. CONCEPÇÕES E SIGNIFICADOS METANARRATIVOS ACERCA DO PROCESSO REFLEXIVO	363
6.1. O antes e o depois	364
6.2. Significados metanarrativos	382
PARTE IV – A APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DO ESTUDANTE PELA CONSTRUÇÃO DE NARRATIVAS REFLEXIVAS: “DAR SENTIDO AO PERCEBIDO”	407
1. OS RESULTADOS DESVENDADOS	409
2. A APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDANTES	411
2.1. A aprendizagem e desenvolvimento construídos no significado experiencial	413
2.2. Aprendizagem e desenvolvimento potenciados pela mediação	416
2.3. Aprendizagem e desenvolvimento construídos no processo de transição ecológica pela reflexividade entre sistemas	419
CONSIDERAÇÕES FINAIS	423
BIBLIOGRAFIA	443
ANEXOS	
Anexo 1. Guia de Orientação para a Reflexão Estruturada	
Anexo 2. Guia de Orientação para a Reflexão Estruturada (estudantes)	
Anexo 3. Proposta de “Plano de Formação” com docentes e orientadores pedagógicos de ensino clínico do 3º Ano do CLE da ESEAF	
Anexo 4. Síntese do 1º momento de cooperação supervisiva	
Anexo 5. Síntese do 2º momento de cooperação supervisiva	
Anexo 6. Guia de Orientação para a Reflexão em Ensino Clínico reconstruído	
Anexo 7. Instrumento de consentimento informado individual.	
APÊNDICES	
APÊNDICE 1: Tabelas de distribuição de dados	

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Domínio da enfermagem	16
Figura 2. Relação entre conhecimento público e privado em enfermagem	23
Figura 3. Estrutura “holárquica” do conhecimento contemporâneo de enfermagem: componentes e nível de abstracção	26
Figura 4. Derivação de grandes teorias e teorias de médio alcance de um modelo conceptual	33
Figura 5. A aprendizagem significativa numa visão cognitiva contemporânea	59
Figura 6. Ciclo de Aprendizagem de Kolb	64
Figura 7. Ciclo de aprendizagem experiencial e regiões do córtex cerebral activadas	65
Figura 8. Elementos estruturais da aprendizagem experiencial	66
Figura 9. Progressão através da ZDP	72
Figura 10. Modelo bioecológico de desenvolvimento humano de Bronfrenbrenner	80
Figura 11. Eixos estruturantes e bases filosóficas do conceito “prática reflexiva”	86
Figura 12. Aprendizagem a partir da prática profissional, segundo Schön	90
Figura 13. Processo de produção do saber na interface informação-conhecimento	99
Figura 14. Componentes do modelo de resolução de problemas nos processos de informação	103
Figura 15. Modelo reflexivo de desenvolvimento/formação profissional	105
Figura 16. Modelo de aprendizagem auto-regulada em enfermagem	105
Figura 17. O ciclo reflexivo de Gibbs	108
Figura 18. Fases no modelo de investigação reflexiva crítica	114
Figura 19: Desenho da Investigação: modelização dupla	128
Figura 20. Modelo de intervenção e investigação	135
Figura 21. Processo de aprendizagem e de desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico pelo recurso à reflexão	412
Figura 22. Aprendizagem pela construção de significados experienciais	414
Figura 23. Potenciação da aprendizagem pela mediação	417
Figura 24. Aprendizagem ecológica pela reflexividade	420

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Dimensões e conceitos de supervisão clínica em enfermagem	43
Quadro 2. Capacidades que ajudam à reflexão.....	93
Quadro 3. Paradigmas de utilização da reflexão.....	101
Quadro 4. Enquadramento para a reflexão sobre a acção de Smith e Russel (1991)	109
Quadro 5. Enquadramento para a reflexão sobre a acção de Burrows (1995)	109
Quadro 6. Enquadramento para a reflexão sobre a acção de Jonhs (2004)	110
Quadro 7. Enquadramento para a construção de narrativas reflexivas em ensino clínico de enfermagem, na formação inicial	129
Quadro 8. Organização do ensino clínico no 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Portaria 710/2000	132
Quadro 9. Taxionomia de temas e categorias conceptuais, decorrente da análise qualitativa dos textos de investigação	150
Quadro 10. Situações significativas experienciadas pelos estudantes	158
Quadro 11. Situações significativas centradas no cliente: expressões emocionais	160
Quadro 12. Situações significativas centradas no cliente: problemas físico / corporais:	163
Quadro 13. Situações significativas centradas no cliente: outras “marcas situacionais”	165
Quadro 14. Situações significativas centradas na relação cliente–enfermeiro	166
Quadro 15. Situações significativas centradas na prática de cuidados	169
Quadro 16. Situações significativas centradas no ambiente de cuidados	170
Quadro 17. Situações marcantes pela positiva	176
Quadro 18. Situações marcantes pela negativa	177
Quadro 19: Tipos de sentimentos expressos pelos estudantes	188
Quadro 20. Sentimentos relativos ao início do ensino clínico	189
Quadro 21. Sentimentos positivos expressos perante a situação	193
Quadro 22. Sentimentos negativos expressos perante a situação	194
Quadro 23. Misto de sentimentos e outros estados cognitivo/emocionais expressos perante a situação	195
Quadro 24: Sentimentos positivos após a análise da situação	200
Quadro 25: Sentimentos negativos após a análise da situação	203
Quadro 26. Outros estados cognitivo/emocionais após a análise da situação	204
Quadro 27: Níveis de pensamento expressos pelos estudantes	211
Quadro 28: Pensamento de senso comum	213
Quadro 29: Pensamento crítico	219
Quadro 30: Pensamento metacognitivo/reflexivo	227
Quadro 31: Formas de agir profissional dos estudantes, face às situações de cuidados....	243
Quadro 32: Deliberação de Agir	243

Quadro 33: Realização de acções de natureza técnica	246
Quadro 34: Realização de acções de natureza relacional	248
Quadro 35: Realização de acções de natureza relacional com o cliente: contacto	248
Quadro 36: Realização de acções de natureza relacional com o cliente: comunicação.....	249
Quadro 37: Realização de acções de natureza relacional com o cliente: interacção	253
Quadro 38: Realização de acções de natureza observacional	255
Quadro 39: Razões para as acções realizadas	256
Quadro 40: Objectivos das acções realizadas	261
Quadro 41: Recursos mobilizados para as acções realizadas	263
Quadro 42: Factores que influenciaram a acção	264
Quadro 43: Avaliação das acções / observações realizadas	267
Quadro 44: Modos de resposta activada pelos estudantes	278
Quadro 45: Modos de resposta da componente motora	278
Quadro 46: Modos de resposta da componente fisiológica	281
Quadro 47: Modos de resposta da componente cognitiva	284
Quadro 48: Modos de resposta da componente emocional	289
Quadro 49: Aquisição e construção de conhecimento expresso nas narrativas	300
Quadro 50: Conhecimento empírico	301
Quadro 51: Conhecimento estético	308
Quadro 52 Conhecimento pessoal	311
Quadro 53: Conhecimento ético-legal	315
Quadro 54: Conhecimento reflexivo	319
Quadro 55: Aquisição e desenvolvimento de competências expressos nas narrativas	329
Quadro 56: Responsabilidade profissional	329
Quadro 57: Prática segundo a ética	334
Quadro 58: Prestação de cuidados	339
Quadro 59: Realização de cuidados na componente execução	343
Quadro 60: Desenvolvimento profissional	351
Quadro 61: Desenvolvimento profissional pela projecção de intervenção futura	357
Quadro 62: Concepções acerca do processo reflexivo no início das narrativas	364
Quadro 63: Conceitos de reflexão expressas no início das narrativas	364
Quadro 64: Finalidades da reflexão expressas no início das narrativas	365
Quadro 65: Objectivos da reflexão	367
Quadro 66: Atitudes necessárias para fazer reflexão	369
Quadro 67: Importância da reflexão	370
Quadro 68: Processo de reflexão	371
Quadro 69: Concepções de reflexão expressas no final das narrativas	373
Quadro 70: Tomada de consciência	374

Quadro 71: Significados atribuídos ao processo reflexivo	383
Quadro 72: Temas debatidos nas narrativas	383
Quadro 73: O mais relevante nas narrativas	384
Quadro 74: Aspectos positivos das narrativas	386
Quadro 75: Aspectos negativos das narrativas	390
Quadro 76: Impacto pessoal do processo reflexivo	395
Quadro 77: Apreciação pessoal quanto ao processo reflexivo	400
Quadro 78: Importância do guia orientador	402
Quadro 79: Sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo	404

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Relação entre estilos de aprendizagem e níveis de comportamento.....	67
Tabela 2. Distribuição das situações significativas, segundo os estudantes	172

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das situações significativas centradas no cliente, segundo a narrativa	173
Gráfico 2. Distribuição das situações significativas, segundo a área de ensino clínico.....	174
Gráfico 3. Distribuição das situações significativas, segundo a narrativa	174
Gráfico 4. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo os estudantes...	180
Gráfico 5. Distribuição de significados atribuídos às situações, segundo a área de ensino clínico.....	181
Gráfico 6. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo a narrativa	182
Gráfico 7. Distribuição das dificuldades em seleccionar uma situação significativa, segundo os estudantes	184
Gráfico 8. Distribuição das dificuldades na selecção de situações significativas, segundo a área de ensino clínico.	184
Gráfico 9. Distribuição das dificuldades na selecção de situações significativas segundo a narrativa	185
Gráfico 10. Distribuição dos tipos de sentimentos relativos ao início do ensino clínico, segundo os estudantes	190
Gráfico 11. Distribuição de sentimentos no início do ensino clínico, segundo a área de ensino clínico	191
Gráfico 12. Distribuição de sentimentos no início do ensino clínico, segundo a narrativa.	192
Gráfico 13. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos perante a situação, segundo os estudantes	198
Gráfico 14. Distribuição de sentimentos perante a situação, segundo a área de ensino clínico	199
Gráfico 15. Distribuição de sentimentos expressos perante a situação, segundo a narrativa.....	200
Gráfico 16. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos após a análise da situação, segundo os estudantes	205
Gráfico 17. Distribuição do tipo de sentimentos após a análise da situação, segundo a área de ensino clínico	206
Gráfico 18. Distribuição do tipo de sentimentos expresso, após a análise da situação, segundo a narrativa	207
Gráfico 19. Distribuição dos níveis de pensamento expresso, segundo os estudantes	238
Gráfico 20. Distribuição dos níveis de pensamento expresso, segundo a área de ensino clínico.....	239
Gráfico 21. Distribuição dos níveis de pensamento expressos, segundo a narrativa	240
Gráfico 22. Distribuição dos pensamentos de auto-regulação, segundo os estudantes	241

Gráfico 23. Distribuição dos pensamentos de auto-regulação expressos segundo a narrativa.....	242
Gráfico 24. Distribuição das formas de agir profissional, segundo os estudantes.	272
Gráfico 25. Distribuição das formas de agir profissional expressos, segundo a área de ensino clínico	273
Gráfico 26. Distribuição das formas de agir profissional, segundo a narrativa.....	274
Gráfico 27. Distribuição dos modos de resposta expressos, segundo os estudantes	292
Gráfico 28. Distribuição dos modos de resposta expressos, segundo a área de ensino clínico.....	293
Gráfico 29. Distribuição dos modos de resposta expressos segundo a narrativa	294
Gráfico 30. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo os estudantes....	323
Gráfico 31. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo a área de ensino clínico.....	324
Gráfico 32. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo a narrativa	325
Gráfico 33. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências expressas, segundo os estudantes.	358
Gráfico 34. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências, segundo a área de ensino clínico	359
Gráfico 35. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências segundo, a narrativa.	360
Gráfico 36. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo os estudantes.	379
Gráfico 37. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo a área de ensino clínico	380
Gráfico 38. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo a narrativa	381

INTRODUÇÃO

No decurso da segunda metade do século XX assistimos a profundas mudanças na área da saúde. Os cuidados deixam de ser centrados na doença e na técnica para evoluírem no sentido da prevenção, do bem-estar e da relação com o meio ambiente. A saúde é percebida de um modo mais global e as necessidades dos clientes em matéria de cuidados aumentam e tornam-se mais complexas.

A enfermagem não é alheia a esta mudança de paradigma e esta nova concepção de cuidados confere à formação o estatuto de pólo dinamizador da mudança.

Hoje, a enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, que toma por objecto de estudo *“não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida”* (D’Espinney, 2004:7). Espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do *“aumento de repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação ao outro e auto controlo”* (ibidem). Na perspectiva de Meleis (1991) os enfermeiros lidam com pessoas que experienciam situações de transição ao longo da vida que requerem que aquelas incorporem novos conhecimentos para mudar o auto-conceito no contexto social. Neste sentido, os enfermeiros devem maximizar as forças, potencialidades ou contribuir para a restauração da saúde dos clientes para níveis óptimos de saúde, função, conforto e auto-realização. A autora assinala também a interacção como processo pelo qual os enfermeiros avaliam, dialogam e promovem interacções terapêuticas para as necessidades dos clientes (Meleis, 1991).

À formação são, então, colocadas exigências acrescidas tanto para os professores como para os estudantes, pois estes, para além do desenvolvimento de competências instrumentais, antes predominantemente consideradas, devem sair das escolas habilitados *“a conceber/teorizar a sua prática [...] ajuizar criticamente os seus actos, avaliando, analisando, construindo e divulgando conceitos representativos da sua intervenção”* (Santos, 2001:3).

Em Portugal, o exercício da enfermagem está regulamentado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e por um conjunto de normativos legais tendo por base directivas europeias que estruturam o seu sistema de formação. Esta deve habilitar o enfermeiro para o exercício autónomo da profissão e contribuir para o seu desenvolvimento pessoal, cultural e ético. De acordo com o Conselho de Enfermagem (2003), o exercício profissional da enfermagem *“centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades) [...] A relação terapêutica [...] caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades”* (p.4); *“insere-se num contexto de actuação multiprofissional [...]”* (p.5); requer que *“a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implique uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade)”* (p.6). Rege-se pelo *“respeito pelos valores, pelos costumes, pelas*

religiões e por todos os demais previstos no código deontológico [...] Ajuda a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde [...] (p. 6). O Conselho de Enfermagem (2003) define também o conteúdo funcional do enfermeiro de acordo com as suas qualificações (nível de formação), mostrando desde logo que a prática de cuidados do enfermeiro de cuidados gerais (nível de licenciado) não se resume à resolução de problemas simples bem delimitados, que possam ser claramente identificados, de modo a serem tratados de forma estandardizada. Pelo contrário, a prestação de cuidados de saúde coloca os enfermeiros face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem, exigindo a mobilização de um conjunto de saberes próprios que lhes permitam responder de modo criativo e adequado à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam. Este perfil requer um profissional em (re) construção permanente de modo a poder assumir-se com profissionalismo no vasto leque de profissões da saúde, bem como com a consciência pessoal de incompletude na sua autonomia e profissionalidade.

Os cursos de enfermagem, regulamentados pela Portaria Nº 799-D/99, de 18 de Setembro, têm uma estrutura curricular que inclui *“de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico”* devendo a duração do ensino clínico ser *“pelo menos, metade da carga horária total do curso”* (Artigo 3.º, pontos 1 e 3).

Com o ensino clínico pretende-se *“assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”* sendo *“asegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado”* (Artigo 5º, pontos 1 e 3).

Deste modo, o ensino clínico, entendido enquanto educação para a actividade prática (Stevens, 1979, citado por White e Ewan, 1997), constitui o eixo em torno do qual se processa a integração, apropriação e (re) construção da teoria à qual o estudante teve acesso na fase teórica da sua aprendizagem, bem como a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas, de elementos de construção identitária e de factores promotores de adequada integração ao mundo do trabalho (Woolley e Costello, 1988; Benner, 1995; Abreu, 2001, 2003; Carvalho, 2004). É também considerado processo de desenvolvimento de hábitos de formação contínua (Woolley e Costello, 1988; White e Ewan, 1997), bem como situação de aprendizagem que permite a descoberta da complexidade e riqueza da prática que se pretende ensinar (Benner, 1995). Constitui, enquanto processo, uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde (Abreu, 2003), visando a formação para o profissionalismo, para a resposta eficaz às situações sempre novas, que não se coadunam com a simples aplicação de um *“repertório de receitas”* previamente fornecidas (Perrenoud, 2002).

O processo de desenvolvimento do estudante em ensino clínico constitui um processo de transição que requer que o estudante interiorize o novo conhecimento, susceptível de alterar o comportamento e, conseqüentemente, mudar a definição de si no contexto social (Meleis, 1997, citada por Abreu, 2008).

O ensino clínico, enquanto processo de transição dos estudantes para o papel de prestador de cuidados (Abreu, 2008) exige o desenvolvimento de estratégias de ensino-aprendizagem promotoras de *“reflexividade crítica”* (Sá-Chaves, 2000) sobre a profissão de enfermagem, que, como noutras profissões, é entendida como a condição primeira da sua autonomia, identidade e emancipação profissionais. Estes, por sua vez, são requisitos para o exercício de uma tomada de decisão que se reveste de grande complexidade.

Assim, constata-se que no ensino clínico a qualidade da aprendizagem dos estudantes é central em todo o processo formativo, considerando que *“facilita o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, numa óptica de transição para o primeiro emprego; permite equacionar as diversas dimensões e contornos dos problemas de saúde, com recurso ao pensamento reflexivo; faculta aos estudantes as bases para a definição de “uma consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional”* (Abreu, 2003: 13-14).

Deste modo, o ensino clínico não pode mais ser pensado enquanto aplicação da teoria à prática, centrado no conhecimento do professor, mas sim como uma oportunidade única para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam, reconstruindo no seu repertório pessoal os conhecimentos a que tiveram acesso na fase teórica do curso e construírem novos saberes e modos de ser, estar e responder adequadamente em função dos diferentes clientes e contextos, *“podendo as experiências de transição experimentadas pelos formandos reforçar o sentido de pertença ou conduzir a mudanças na esfera identitária”* (Abreu, 2008: 37).

Torna-se claro que a definição de estratégias de ensino-aprendizagem em contexto de ensino clínico, concebidas e desenvolvidas de modo criativo, crítico e reflexivo, por parte dos professores de enfermagem, terá que ser considerada, mais que um desafio, uma exigência esclarecida nos processos de formação clínica dos estudantes de enfermagem. Para isso, como referem Rodrigues, Pereira e Ferreira (2006) *“Os educadores deverão ser os melhores amigos da sabedoria, os primeiros a cultivar uma atitude construtiva e a procurarem estratégias educativas capazes de impulsionar a onda do desejo de aprender”* (*ibidem*, p. 15), pois educadores criativos e métodos pedagógicos inovadores estão relacionados com formandos sensíveis, envolvidos, com mentes abertas, libertas de bloqueios à criatividade, aprendendo mais facilmente a lidar com a complexidade e a saber agir com bom senso (Morin, 2002; Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006). É neste domínio de preocupação, o domínio da formação clínica reflexiva em enfermagem, que realizámos esta investigação com vista a contribuir para o desenvolvimento de estratégias de supervisão clínica, cuja didáctica se inscreva num *paradigma de reflexividade crítica* (Alarcão, 1996, 2001; Sá-Chaves, 1991, 2000a, 2000b; Sá-Chaves e Alarcão, 2000).

Schön (1992) considera a reflexão uma faculdade mental que trata dos produtos da sensação e da percepção, sendo caracterizada como uma experiência activa, interactiva e interpretativa usada na análise e na integração de novas e precoces estruturas do pensamento e também como uma análise dos próprios factores afectivos. O autor acrescenta que é pela reflexão que se conhece o próprio acto intelectual de conhecer, aspecto reforçado por Tavares (1992) que

considera que não podemos separar o desenvolvimento da pessoa humana da consciência da realização de determinadas actividades, tarefas ou problemas a resolver, sob pena de se comprometer os próprios mecanismos de aquisição e construção de conhecimento e a realização de actividades redundar num mero exercício de memorização. Acrescenta que não é possível “*conhecer sem ter consciência de alguma coisa*” (*ibidem*, p.52), constituindo-se a reflexão uma condição essencial de todas as actividades mentais.

Eby (1999) encara a reflexão como capacidade para pensar e considerar experiências, percepções, ideias, crenças e valores exteriores ao eu com vista a descobrir novas relações ou identificar convergências para orientar a acção futura, permitindo o confronto entre um conjunto de conhecimentos e de perspectivas, que importa olhar de forma interpretativa e crítica como instrumento de promoção da consciência pessoal e social e da acção social (Burnard, 1995; Fernandez, 1998; Kim, 1999; Alarcão, 2001, 2003; Sá-Chaves, 2002), bem como da criatividade (Kalischuk e Thorpe, 2002; Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006).

Na perspectiva de Kim (1999), a consciência pessoal e profissional gera-se a partir do processo de aprender a aprender e de mudar na prática pela autocrítica e consciência da tomada de decisão que se desenvolvem pela reflexão, a partir de uma fase descritiva de situações. Aprender a aprender é, então, um eixo estruturante de todo o processo de aprendizagem em ensino clínico, pois permite que o estudante, futuro profissional de enfermagem, mantenha em aberto uma atitude de aprendizagem permanente e ao longo da vida, com um espírito crítico e reflexivo que lhe permitirão assumir-se com criatividade (Kalischuk e Thorpe, 2002; Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006), autonomia e emancipação no seio da equipa de saúde. Esta aprendizagem acerca da própria aprendizagem (metacognição) promove a auto-confiança e o subsequente sentimento de poder (Swallow, 2006) nos contextos de prática clínica, configurada, deste modo, enquanto prática reflexiva.

A prática reflexiva é sugerida por vários investigadores que, influenciados por Donald Schön, têm desenvolvido os seus pressupostos na perspectiva de optimização da construção do saber e do desenvolvimento pessoal e social (Tavares, 1992; Vieira, 1993; Soares, 1995; Simões e Simões, 1995; Hübner, 1999; Sá-Chaves, 2000a; Alarcão, 2001; 2003).

Considerando que o enfermeiro para formular diagnósticos, planear os cuidados adequados e executá-los com segurança para ele próprio e para o cliente precisa de mobilizar um conjunto de recursos pessoais, entre os quais os seus saberes, importa identificar como é que se aprendem e constroem esses saberes e que processos de ensino-aprendizagem podem facilitar essa construção.

Exercemos actividade docente numa Escola Superior de Enfermagem há mais de vinte anos e uma das preocupações centrais relativas ao nosso desempenho enquadra-se nas questões da aprendizagem dos estudantes, mais especificamente nas estratégias a desenvolver para promover a aprendizagem significativa em contextos clínicos. Neste percurso, fomos construindo a noção de que a reflexão, nas suas variadas formas e concepções, constitui uma estratégia a explorar no ensino de enfermagem. Neste quadro, o da aprendizagem pela via da reflexão, colaborámos na

construção do módulo “Prática Reflexiva”, no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE), de 2001 a 2005, no qual participavam vários professores da escola. As dificuldades inerentes ao desenvolvimento curricular daquela unidade foram muitas e sentimos a necessidade de pensar e construir um pequeno guião a partir do qual a orientação pedagógica se processasse de modo mais coerente entre os professores envolvidos, bem como um pouco mais objectiva e adequada à consecução dos objectivos da “Prática Reflexiva” por parte dos formandos.

Neste processo de construção partilhada da prática pedagógica, produzimos um guia de reflexão, construído com base no *Modelo de Desenvolvimento da Emancipação Profissional* de Kim (1999) e nos pressupostos de Goodman (1994) e Boud *et al.* (1995) citados por Silva (2000a), que, na altura designamos por Modelo de Reflexão Estruturada (MRE) (Santos e Fernandes, 2004).

Este guia foi utilizado no CCFE, no âmbito da unidade curricular “Prática Reflexiva”, desde o ano lectivo de 2001/2002, e a partir do ano lectivo 2002/2003 com os estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), durante os ensinamentos clínicos de enfermagem pediátrica.

O ensino clínico de enfermagem pediátrica tinha a duração de 5 semanas, período durante o qual o estudante era convidado a pensar intencional e reflexivamente sobre as suas práticas de cuidados a partir de uma situação por ele vivida nesse contexto e percebida como uma situação particularmente significativa, em termos de gratificação pessoal ou de desconforto provocado. A reflexão produzida, sob a forma de narrativa, era expressa num relatório entregue no final do ensino clínico e acerca do qual o estudante tinha a apreciação do professor.

A partir da análise deste processo reflexivo e resultados percebidos na aprendizagem dos estudantes foi nossa convicção que a estratégia de aprendizagem adoptada encerrava potencialidades para o processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Aquela estratégia pedagógica não tendo sido objecto de estudo sistemático gerou em nós a necessidade de aprofundar o estudo das suas potencialidades.

É claro que do ponto de vista teórico o recurso a estratégias de reflexão na promoção da construção de aprendizagens significativas por parte do estudante constitui uma exigência no desenvolvimento curricular, principalmente quando este é de natureza profissionalizante. Tem sido demonstrado o valor da reflexão na e sobre a acção como elemento facilitador da aprendizagem do estudante em contextos clínicos (p.e. Schön, 1992; Burnard, 1995; Pereira, 1995; Sá-Chaves, 2000). Também, quando a reflexão é intencionalmente realizada nas práticas de cuidados conduz à construção do saber (Palmer, 1994) e sendo teórica e metodologicamente estruturada permite a extrapolação de intervenções reflexivas, pelo trabalho de explicitação e formalização da experiência (Perrenoud, 2002). Alguns autores sugerem que a reflexão conduzida/guiada, sobretudo em contextos de formação inicial, deve possuir objectivos e enquadramentos próprios (p. ex.: Johns, 1995; 2004; 2005; Glaze, 2001; Jonhs e Freshwater, 2005; Morgan e Jonhs, 2005)

e deve ter continuidade no tempo para que o processo de aprendizagem construído por esta via seja auto-regulado e por isso profundo (Newton, 2000; Heron, 2005).

São, no entanto, apontadas falta de provas empíricas que validem o recurso à reflexão como instrumento de aprendizagem assim como meio de aperfeiçoamento da teoria de enfermagem (Heath, 1998a; Burton, 2000; Cotton, 2001). Heath (1998a) e Burton (2000) referem também que não há evidência de que o objectivo último da prática reflexiva seja a melhoria dos cuidados ao cliente.

Desconhecendo o potencial do enquadramento para a reflexão na aprendizagem dos estudantes em ensino clínico que temos vindo a utilizar e considerando a falta de provas empíricas que validem a reflexão como experiência de aprendizagem, apontado pelos autores supracitados, pretende-se investigar a construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes na formação inicial em contexto de ensino clínico pelo recurso à reflexão sistemática e continuada sobre as práticas de cuidados, concretizado pela construção de narrativas reflexivas a partir de situações experienciais por eles vividas como situações significativas e metareflexões no final dos ensinamentos clínicos. Neste pano de fundo, a exploração das potencialidades da construção de narrativas reflexivas e metareflexões no processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico tem como **ponto de partida** a questão: *Como se processa a construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico pelo recurso à construção sistemática e continuada de reflexões?*

Este problema de investigação situa-se no ramo da Didáctica, especialidade “Supervisão, Formação e Práticas Clínicas” que se desenvolve na Unidade Transdisciplinar de Investigação em Supervisão (UTIS) do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa (DDTE) na Universidade de Aveiro.

Temos como **objecto de estudo** a *aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes* resultantes da implementação pedagógica de processos de reflexão sistemática e continuada sobre as práticas de cuidados. Estes processos são concretizados pela construção de narrativas reflexivas a partir de situações experienciais por eles vividas como situações significativas e metareflexões no final dos ensinamentos clínicos.

Consideramos **pressupostos** ao desenvolvimento deste processo investigativo que:

- A enfermagem enquanto profissão e disciplina situa-se num trajecto de afirmação de autonomia e emancipação pela construção de um corpo de conhecimentos próprio e edificação de processos identitários que lhe permitam responder de modo eficaz às situações de cuidados, sempre novas e complexas, bem como afirmar-se idónea e responsabilmente no vasto leque de profissões ligadas à saúde e na ciência em geral;
- A formação inicial em enfermagem constitui um dos mais importantes factores estruturantes no processo de construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes;
- Cabe aos professores de enfermagem a responsabilidade científica e ética de conceber e promover estratégias de formação criativas e solidamente pensadas no sentido de apoiar

a educação dos formandos para a complexidade, imprevisibilidade e incerteza que caracterizam os actuais cenários de prestação de cuidados de saúde, garantindo os mecanismos de construção da qualidade e competência que tais práticas exigem, só possíveis através de processos de reflexão.

Com base nestes pressupostos assumimos como **fundamento desta investigação** que:

- É possível intervir intencionalmente nos processos de construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico, a partir de práticas didácticas e pedagógicas orientadas para a reflexão sistemática e continuada sobre as práticas de cuidados;
- A implementação de práticas didácticas e pedagógicas orientadas para a construção sistemática e continuada de narrativas reflexivas em torno de experiências significativas, com objectivos e enquadramento específicos promove a aprendizagem e o desenvolvimento dos estudantes de enfermagem na formação inicial, em ensino clínico.

Ancorada nestes fundamentos, constitui **finalidade** deste estudo *construir conhecimento substantivo e convergente no domínio da didáctica inscrita no paradigma da reflexividade crítica, bem como nos domínios institucional e pessoal enquanto contributos para a didáctica da supervisão em ensino clínico de enfermagem*, tendo como **objectivo principal analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e metareflexões no processo de aprendizagem e desenvolvimento do estudante de enfermagem, em contexto de ensino clínico de enfermagem, potencialidades encaradas enquanto força catalisadora e promotora de construção de saberes experienciais e de aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.**

Do ponto de vista metodológico, optamos por um estudo de caso único (Yin, 2005) com abordagem qualitativa, associando a investigação narrativa (Clandinin e Connelly, 2000; Polkinghorne, 2002), e a fenomenografia (Sjöström e Dahlgren, 2002; Freire, 2006) nos processos de recolha e análise da informação, num modelo conceptual que organiza dois tipos de estratégia: acção/formação/supervisão e investigação.

Iniciámos o trabalho de campo com uma fase preparatória, no sentido da obtenção de autorização institucional, formação da equipa de participantes e trabalho de construção de consensos para o processo de implementação no terreno da estratégia de reflexão por nós concebida. Trabalhamos simultaneamente com 189 estudantes do 3º ano de licenciatura em enfermagem, 5 professores responsáveis por ensinamentos clínicos, 9 docentes e 5 enfermeiros especialistas em serviço de requisição na escola com funções supervisivas e 7 enfermeiros responsáveis pela orientação pedagógica de estudantes em alguns locais de ensino clínico, também com funções supervisivas. Ao longo da fase de implementação do programa formativo, realizado durante o ano lectivo de 2005/2006, fizemos acompanhamento supervisivo dos profissionais participantes no estudo, para o qual tivemos a colaboração de peritos da área da supervisão/reflexão, processos estes que serão detalhados no capítulo da metodologia.

Desse modo, ao desenvolvimento das estratégias de acção/formação e de supervisão implementadas durante o trabalho de campo correspondem os procedimentos investigativos que asseguraram a recolha da informação necessária à prossecução do trabalho investigativo.

Este trabalho está dividido em quatro partes. Na primeira parte exploramos questões de natureza teórica ligadas à enfermagem enquanto disciplina e profissão, à formação e práticas reflexivas, no sentido de focar e enquadrar teórica e socialmente a pertinência do estudo, pois que se trata do campo de aprendizagem dos estudantes com os quais o estudo é realizado. Neste sentido, abordamos questões relativas à enfermagem, considerando aspectos filosóficas e de construção de conhecimento, bem como aspectos relativos à educação, salientando as questões relativas aos ensinamentos clínicos e práticas supervisivas. Ainda nesta primeira parte de percurso teórico abordamos paradigmas e teorias de aprendizagem, no sentido de perceber e aprofundar concepções relativas às teorias de aprendizagem centradas no formando e exploramos as concepções da reflexão e práticas reflexivas. Deste modo, fortalecemos a ideia de que a reflexão para se constituir num verdadeiro instrumento de aprendizagem exige a definição clara de objectivos e propósitos, bem como enquadramentos específicos que apoiem esses objectivos, requisitos que consideramos na promoção das estratégias didácticas implementadas nesta investigação.

Na segunda parte do trabalho, apresentamos o percurso metodológico de construção da investigação, onde expomos o modo de investigação e tipo de estudo conduzido, o contexto no qual se desenrolou a pesquisa, o trabalho de campo desenvolvido, bem como os processos de recolha de informação, considerando as dimensões éticas ponderadas no desenvolvimento daqueles processos e no processo investigativo, globalmente considerado. Descrevemos os processos de tratamento e análise da informação, detalhando os procedimentos de análise hermenêutica interpretativa, segundo os critérios de Paul Ricœur (Ribeiro, 2002), utilizados no processo de análise dos textos de investigação. Terminamos esta segunda parte procurando explicitar os modos de triangulação usados neste processo investigativo.

A terceira parte do trabalho é dedicada ao campo empírico. Considerando o percurso analítico e interpretativo dos discursos narrativos dos estudantes, apresentamos, analisamos e discutimos os resultados desta investigação no contexto do que é já conhecido em relação à reflexão, pelo recurso ao estado da arte relativo a evidências investigativas no campo dos processos reflexivos. Os resultados são também analisados em função de matrizes de intersecção realizadas entre os sujeitos participantes, o contexto no qual foram produzidas as narrativas reflexivas e entre a continuidade narrativa, no sentido de obtermos uma visão mais detalhada dessas descobertas.

Na quarta e última parte do trabalho procuramos compreender o objecto de estudo – a aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes – considerando o subsídio dos resultados e o quadro teórico que dão suporte a essa compreensão. A aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes são analisados e conceptualizados na confluência de três vertentes: a aprendizagem construída no significado experiencial, a aprendizagem potenciada pela mediação e a aprendizagem construída na transição ecológica pela reflexividade.

Por último, apresentamos algumas considerações finais, nas quais alegamos as potencialidades de que se revestem as narrativas reflexivas realizadas pelos estudantes de modo sistemático e continuado em ensino clínico e metareflexões finais, incluindo a apresentação de limitações presentes neste percurso investigativo, bem como as implicações formativas, de âmbito curricular e didáctico e a abertura de pistas para a investigação futura.

A pertinência e utilidade desta investigação justificam-se pela mudança de paradigma nos processos de prestação de cuidados, aos quais a enfermagem não é alheia, que reivindica espaços formativos, principalmente no contexto das práticas de cuidados, promotores de uma consciência crítica, de uma construção identitária e de profissionalidade que habilite o futuro profissional para a resposta eficaz às situações sempre novas, complexas e incertas que caracterizam os actuais cenários de prestação de cuidados de enfermagem.

Vejamos, então, como é que nos contextos formativos de natureza clínica pode ser possível os estudantes de enfermagem construírem aprendizagens experienciais reflexivas.

PARTE I

**ENFERMAGEM, FORMAÇÃO E PRÁTICAS
REFLEXIVAS**

1. ENFERMAGEM: FILOSOFIA E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO

Hoje, a enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, que toma por objecto de estudo “*não a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida*” (D’Espinney, 2004:7). Deste modo, espera-se dos enfermeiros um contributo no sentido do “*aumento de repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação ao outro e auto controlo*” (*ibidem*, p.7).

Neste sentido, a conceptualização acerca do que é a enfermagem, qual o seu domínio e referenciais para a prática constituem preocupações de natureza filosófica às quais teóricos e investigadores procuram dar resposta, delimitando deste modo o campo de intervenção dos enfermeiros e de aprendizagem dos estudantes.

Filosofia é entendida como “*indagação racional sobre o mundo e o homem com o propósito de encontrara a sua explicação última*” (Costa e Melo, 1977:651).

Citando Gortner (1990), Salsberry (1994) refere que “*uma filosofia de enfermagem representa o sistema de crenças da profissão e fornece perspectivas para a prática, para a formação e para a investigação*” (p.11). Também Meleis (1991) entende que com a filosofia se pretende explicitar os valores e crenças da disciplina, bem como os valores e crenças partilhados pelos membros dessa disciplina. A filosofia providencia o enquadramento para colocar questões ontológicas e epistemológicas acerca dos conceitos centrais da disciplina e fornece as assunções que guiam as teorias (Abu-Saad, 1993; Kikuchi, 1999). Neste sentido, a determinação da acção a tomar e considerada moralmente certa depende das nossas crenças de base acerca do que é certo ou errado, bom ou mau, ou seja depende de uma filosofia da ética, filosofia esta que guia a avaliação das acções, funcionando como enquadramento e referencial para a acção.

Considerando o pensamento filosófico de teóricos expresso em documentos escritos no âmbito da enfermagem, Kikuchi e Simmons (1994) destacam três formas de filosofia presentes: i) a filosofia pessoal; ii) a filosofia institucional e iii) a filosofia profissional que, por vezes, mais do que contribuir para uma visão comum do que é a enfermagem, contribuem para visões antagónicas que não ajudam a afirmação da enfermagem enquanto disciplina. Pelo que, consideram as autoras, se a enfermagem, como uma disciplina, é desenvolvida de modo a permitir encontrar o seu lugar certo entre as disciplinas e dar uma contribuição significativa à sociedade, então a confusão que existe correntemente na enfermagem acerca da sua natureza e lugar de uma filosofia de enfermagem não deve ser deixada evoluir, devendo procurar-se a clareza neste aspecto (Kikuchi; Simmons, 1994; Kikuchi, 1999).

Existem, no entanto, posições divergentes em enfermagem quanto ao tipo de pensamento filosófico, sendo argumentado que, por um lado só a diversidade de pensamento será esclarecedora, e por outro, só a unicidade no pensamento será elucidativa da natureza de enfermagem. Estas posições opostas não têm contribuído para uma explicação clara da natureza

de enfermagem, pelo menos no que diz respeito a “uma” concepção filosófica da enfermagem, aspecto que é similar a outras áreas científicas, pois denotam posturas e crenças relativas a diferentes correntes de pensamento que têm enformado a construção do pensamento científico em geral: o positivismo cartesiano e o construcionismo social. Como meio de ultrapassar esta dicotomia, por vezes redutora do processo de clarificação da disciplina, Kikuchi e Simmons (1994) e Kikuchi (1999) consideram que devemos articular um “som” (*sound*) comum na filosofia de enfermagem: uma, orientada para a compreensão do que consiste o conhecimento e não a mera opinião; e outra, orientada para a adequação à prática de enfermagem, educação, investigação e administração. Esta articulação, na perspectiva dos autores, deverá ter a finalidade de obter uma melhor compreensão da “verdade” do assunto em consideração, ou seja, da natureza da enfermagem enquanto disciplina e prática (Abu-Saad, 1993; Kikuchi, 1999). Se as preocupações centrais da enfermagem não forem encontradas, a enfermagem continuará a ser dirigida por outras disciplinas e as enfermeiras continuarão a estudar problemas de enfermagem inapropriados através de lentes de outras disciplinas (Kikuchi e Simmons, 1994). Entendemos, no entanto, que o contributo de outras disciplinas para um entendimento daquilo que são os problemas centrais de enfermagem será e é útil, pois permite a leitura da especificidade num leque mais abrangente de possibilidades, que permitirão precisamente a contra argumentação no sentido da afirmação.

Apesar da diversidade, tem vindo a ser consensual pela comunidade científica de enfermagem que uma filosofia de enfermagem envolve elementos ontológicos, epistemológicos e éticos que identificam e definem a unidade básica da disciplina de enfermagem (Abu-Saad, 1993; Kikuchi e Simmons, 1994; Kikuchi, 1999).

As questões ontológicas referem-se aos fenómenos considerados fundamentais no domínio da enfermagem, e que permitem dizer o que é a enfermagem na sua natureza. As questões epistemológicas dizem respeito ao modo como se podem conhecer esses fenómenos, ou seja, os aspectos relativos ao conhecimento dos focos de atenção de enfermagem. Já as questões de natureza ética, apontando os valores que regulam a prática e o carácter da pessoa que escolhe fazer enfermagem (Salsberry, 1994), referem-se aos valores da disciplina, tais como o respeito, a consideração pela dignidade humana, o cuidar, a autonomia individual, os direitos das pessoas em matéria de saúde e a beneficência, enquanto valores que modelam a acção profissional do enfermeiro. Deste ponto de vista, os aspectos que são considerados fundamentais a incluir na filosofia de enfermagem são os valores: os valores éticos, na perspectiva do seu papel tradicional; o estatuto do cuidar e o carácter do profissional (Salsberry, 1994).

A perspectiva individual tradicional e os valores que a suportam são centrais a qualquer ética de enfermagem, como refere a literatura (p. ex.: Catalano, 1991; Kikuchi e Simmons, 1994; Kenny, 1996; Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005), pois que promove uma perspectiva moral individual, a autonomia individual, bem como a protecção dos direitos individuais. No entanto, os autores não são consensuais na concepção de que a perspectiva individual sirva, por si só, os interesses de desenvolvimento de uma filosofia de enfermagem comum, pois esta visão, “o *paradigma da*

autonomia” (Salsberry, 1994: 16), não se aplica a situações de pessoas, por exemplo, com doença crónica.

No que se refere ao carácter do enfermeiro, historicamente, muitos dos aspectos éticos inerentes ao exercício profissional têm sido considerados como atributos que aquele deve possuir (por exemplo, honestidade e veracidade – que são valores que sustentam a responsabilidade do estudante), no entanto, a questão de que outros valores são necessários mantém-se.

Assim, os aspectos substantivos da ética a considerar na filosofia de enfermagem incluem (pelo menos) três elementos: i) os valores que estão presentes e guiam a relação enfermeiro-cliente; ii) o estatuto do cuidar como um valor ético; e iii) o carácter da pessoa no exercício da enfermagem (Salsberry, 1994).

Rew (1994), comentando as questões colocadas por Pamela Salsberry, corrobora os elementos substanciais de uma filosofia de enfermagem nas suas dimensões ontológica, epistemológica e ética, acrescentando que uma filosofia não é teoria, nem método, nem empiricamente testável, sendo antes uma visão dinâmica, mais do que estática, daquilo que somos, do quê e quando sabemos e do que fazemos aceitando a multidimensionalidade do ser humano. Acrescenta, ainda, que uma “*epistemologia de enfermagem depende da visão que a disciplina tem do mundo, das suas assunções sobre a realidade do ser humano, do ambiente, da saúde e da enfermagem*” (*ibidem*: 22). Defende que a filosofia de enfermagem é acerca da inclusão, partilha e capacitação humana promovendo a resolução das diferenças na ontologia, valores e intenções ou objectivos pelo incorporamento das experiências individuais e colectivas, numa dialéctica entre o ser humano e o fazer humano. Por sua vez, Laurin (1994) e Kikuchi (1999) concordando com os elementos substanciais da filosofia de enfermagem, concordam também que existem diferenças no pensamento ontológico sobre a natureza do ser humano e estas diferenças permanecendo perpetuarão as visões epistémicas e éticas trazendo mais confusão à disciplina, mais do que gerar um sentido de coerência necessária ao seu desenvolvimento. Pagé (1994), admitindo a existência de diferentes visões, nomeadamente na questão ética da filosofia de enfermagem, defende a diversidade como sendo necessária à progressão do pensamento filosófico, bem como Smith (1994) que “*afirma, reconhece e celebra*” (p. 46) o significado das diferenças para o crescimento da disciplina. A autora considera que o desenvolvimento filosófico em enfermagem pode ser visualizado enquanto espiral dinâmica, embebida no contexto das interacções da comunidade de teóricos e pessoas, com movimentos para dentro (*inward*) que representam descoberta e movimentos para fora (*outward*) que configuram construção. Construção no sentido da articulação de uma filosofia coerente com sistemas de pensamento da comunidade numa dinâmica que mais do que dividir, aproxime as diferenças para o desenvolvimento mais complexo e integrador da filosofia de enfermagem.

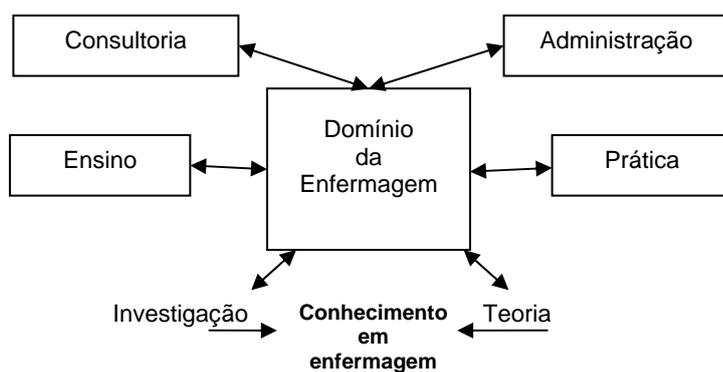
Nesta asserção, uma filosofia de enfermagem pode e deve ser reconsiderada, rejeitada ou modificada, através de um processo de reflexão com os pares, para a (re) construção de concepções actuais acerca da sua natureza ontoepistemológica.

1.1. NATUREZA ONTOEPISTEMOLÓGICA DA DISCIPLINA

Considerando o conceito filosófico de *natureza* como “aquilo que um ser é em si mesmo; essência desse ser” (Cuvillier, 1973:127), essência no sentido de “o que verdadeiramente é”; a natureza da enfermagem pode ser definida por aquilo que é em si mesma, ou seja, o campo específico de conhecimento que inclui as regras que norteiam e se aplicam a esse mesmo conhecimento. Riegel *et al.* (1995) consideram disciplina como a “*área de conhecimento organizada por matrizes*” (p.61); matriz enquanto explicitação daquilo que mantém o grupo unido, ou seja a sua perspectiva única, combinando elementos de natureza estrutural, bem como elementos de tradição que possibilitam a construção de uma identidade única da disciplina.

No âmbito da enfermagem, a matriz disciplinar permite diferenciá-la de outras disciplinas e determinar quais os fenómenos que serão reconhecidos como legítimas áreas de preocupação (Abu-Saad, 1993; Riegel *et al.*, 1995; Kikuchi, 1999). Assim, e na perspectiva de Meleis (1991), a disciplina inclui o conteúdo e o processo relativo a todas as funções desempenhadas pelos enfermeiros, abrangendo os papéis relativos à administração, ensino, política, clínica e consultoria. Inclui, também, as teorias desenvolvidas para descrever, explicar e prescrever, bem como os achados de investigação relacionados com o fenómeno central da disciplina e o conhecimento de disciplinas afins, conhecimento que é essencial para informar os membros da disciplina particular. Refere a autora que “*todas as disciplinas são formadas em torno de um domínio de conhecimento*” (p. 97), sendo que domínio se refere ao território definido por limites teóricos e práticos, tal como ilustrado na figura 1.

Figura 1. Domínio da enfermagem



Fonte: Adaptado de Meleis (1991)

Nesta perspectiva, explicitar a essência, a natureza da enfermagem, naquilo que são as suas qualidades, atributos e propriedades, tem constituído o desiderato dos teóricos de enfermagem que, como atrás referimos, procuram explicar e tornar compreensível qual a natureza do trabalho

de enfermagem. Esta explicitação passa por precisar o domínio de investigação e da prática de enfermagem no sentido de se poder afirmar a enfermagem como disciplina única.

Explicitando a natureza do domínio da enfermagem, Meleis (1991) refere os seus componentes centrais: i) Os conceitos e problemas major do campo; ii) Os processos para avaliação, diagnóstico e intervenção; iii) Os instrumentos para avaliar, diagnosticar e intervir; e iv) Os desenhos e metodologias de investigação que são mais congruentes com o conhecimento de enfermagem. Na perspectiva da autora, os limites teóricos do domínio da enfermagem resultam da explicitação dos conceitos e problemas, e dos processos e instrumentos utilizados para avaliar, diagnosticar e intervir no campo da enfermagem, enquanto que os desenhos e metodologias de investigação decorrem de princípios filosóficos aceitáveis em enfermagem e complementam o desenvolvimento do conhecimento relativo aos seus conceitos centrais, problemas e objectivos da disciplina.

A natureza da enfermagem compreende então aquilo que se considera enquanto disciplina, bem como enquanto prática, investigação e ciência, pelo que *“a teoria e a prática devem desenvolver-se de forma dialéctica e não em exclusivo numa relação assimétrica da prática subordinada à teoria”* (Gameiro, 2003). Neste sentido, temos assistido ao esforço contínuo para a definição da sua substância específica, a partir da riqueza em conhecimento empírico, compreendendo a sua natureza nas perspectivas académica e prática pela procura de rigor e exacta determinação da enfermagem como papel e como disciplina científica. Estes constituem os problemas centrais no desenvolvimento da teoria de enfermagem (Abu-Saad, 1993; Kikuchi, 1999; Kim, 2000).

O conceito de disciplina pode ser visto como o *“conjunto de conhecimentos metodicamente organizados”* (Cuvillier, 1973: 63), sendo que metódico se refere a método ou *“arte de bem dispor uma sequência de diversos pensamentos”* (*ibidem*: 121), ou *“uma perspectiva única, um modo distinto de ver o fenómeno global, o qual define os limites e a natureza da sua investigação”* (Meleis, 1991: 97), ou ainda o *“domínio da investigação e da prática marcados por uma perspectiva única ou um modo distinto de examinar os fenómenos”* (Kérouac *et al.*, 1994:2).

Deste modo, a disciplina de enfermagem é considerada uma disciplina profissional (Abu-Saad, 1993; Kérouac *et al.* 1994; Donaldson e Crowley, 1978, citados por Donaldson, 1995;), pois orienta-se para uma prática profissional, que procura, através da construção de uma perspectiva única e processos de reflexão próprios, desenvolver os conhecimentos que servirão para definir e guiar a própria prática, bem como identificar as suas bases filosóficas.

Enquanto disciplina prática, a enfermagem tem enfrentado dificuldades crescentes. Benner (1995) aponta como elementos que têm dificultado o desenvolvimento das práticas o vasto leque de responsabilidades que a enfermeira tem que cumprir, tais como as medidas de conforto, a gestão da dor, as situações de emergência e outras, bem como as frequentes mudanças que ocorrem nos sistemas de saúde, como são exemplo, nomeadamente em Portugal, as reduções nos tempos de internamento. Este aspecto traduz-se em menor tempo disponível para a enfermeira assegurar o ensino e a adequada preparação para a alta dos doentes e o aumento dos

cuidados ambulatoriais o que exige enfermeiras com elevada perícia para prestar cuidados fora do hospital.

No entanto, alguns teóricos de enfermagem têm vindo a argumentar que a grande dificuldade da enfermagem em se afirmar como disciplina prática prende-se com a imagem da enfermeira que por vezes não é consistente com a imagem construída no cenário académico. Dean (1995) aponta, como factores que concorrem para esta situação, o facto de o contacto das enfermeiras académicas ser restrito com os ambientes de prática de cuidados, que ocorre, cada vez mais, apenas durante os estágios e ensinamentos clínicos, bem como a escassa leitura de jornais da especialidade e literatura de evidências práticas por parte dos profissionais. Esta separação, que gradualmente se tem instalado, também em Portugal, dadas as mudanças ocorridas nos últimos anos no ensino de enfermagem (carreiras distintas e integração no Ensino Superior desde 1988, Decreto-lei nº 480/88 de 23 de Dezembro) promove a separação entre aqueles que produzem conhecimento (académicos) e os que usam esse conhecimento (práticos) com o decorrente perigo de divisão profissional.

Não podemos, no entanto, pensar a ciência de enfermagem desligada dos contextos de produção de cuidados. Harding (1991), citado por Dean (1995), refere que a ciência de enfermagem está inextricavelmente relacionada com a enfermagem tecnológica ou prática, embora esta não esteja necessariamente ligada de modo similar à enfermagem ciência, mas o desenvolvimento do conhecimento científico e do conhecimento prático de forma isolada não é suficiente. Apesar de o conhecimento disciplinar, público, poder modelar e expandir a prática é na arena clínica que emerge a exigência para o desenvolvimento da disciplina, não o contrário. A disciplina de enfermagem deve ser uma fonte de conhecimento perseguindo a prática de enfermagem, como definido pelo seu mandato social (Abu-Saad, 1993; Donaldson, 1995; Kikuchi, 1999). Portanto, as duas áreas da enfermagem (disciplina e prática) constituem fontes de conhecimento, que importa interpenetrar, respeitando e valorizando a variedade nos modos de conhecer, bem como a variedade de abordagens nos processos de construção de conhecimento.

Nesta perspectiva, Dean (1995) propõe um modelo colaborativo em três vertentes: os teóricos, os práticos e os investigadores, no qual todos os actores são vistos como produtores e consumidores de conhecimento, defendendo que o desenvolvimento da enfermagem como disciplina científica e prática ocorre quando o desenvolvimento do conhecimento e o seu uso efectivo se processa na convergência entre teóricos, investigadores e práticos de enfermagem. De facto, é no trabalho conjunto de produção de conhecimento entre teóricos, investigadores e práticos, mantendo a necessária diversidade, que se processa a congruente mutualidade para o desenvolvimento, se eliminam as polaridades elitistas entre os actores e se responsabilizam todos na produção de conhecimento num processo de colaboração partilhada e igualdade entre todos (Kim, 1995).

Numa perspectiva da enfermagem enquanto força política, Kim (2000) considera que a enfermagem, com o seu espírito de auto-determinação, profissionalização do trabalho, movimento pelos direitos iguais e feminismo, afirma a necessidade de formular uma visão compreensiva da

sua identidade, enquanto especificidade de disciplina prática, sendo apontado a necessidade de determinar o que é significativo na enfermagem, ou seja: o que significa estar na prática de enfermagem, que conhecimento é essencial para essa prática, que ideais estão presentes na prática, bem como na origem do conhecimento de enfermagem.

Neste sentido, observa-se, principalmente na década de 90, a identificação da enfermagem com a cultura do conhecimento científico e avanços tecnológicos para o controlo dos problemas de saúde do cliente, que a aproximam de um modelo de natureza biomédica, e simultaneamente um forte desenvolvimento de um discurso que salienta a necessidade da enfermagem se manter afastada dessa cultura. Esta dualidade, que se perspectiva hoje mais como complementaridade, traduz-se numa prática de enfermagem que envolve uma orientação científica para a resolução dos problemas e para a prática humanizada que a conduz na procura de soluções para os problemas de saúde dos clientes, bem como na preocupação em como ajudar os clientes a viver com determinadas situações de saúde. Estas preocupações implicam a construção de uma ciência do controlo e terapêutica, bem como uma ciência da compreensão e do cuidado, pois, como diz Gameiro (2003:13-14), a teorização em enfermagem, para ser efectivamente emancipadora *“tem que se constituir num discurso próprio e esclarecido em relação à natureza dos fenómenos de enfermagem, ao saber enfermagem e à respectiva prática dos cuidados”*. Portanto, a enfermagem como disciplina científica precisa determinar a sua natureza específica, como uma ciência humana prática, distinta não só das ciências naturais e sociais, mas também das ciências humanas (Kim, 2000).

O forte incremento que nos últimos anos se tem verificado na investigação em enfermagem, devido principalmente ao desenvolvimento de estudos académicos (mestrados e doutoramentos), tem contribuído para a construção do seu corpo específico de conhecimento, da sua identidade profissional bem como da sua identidade científica (Dean, 1995; Abreu, 2001).

Nesta asserção, os processos de construção de conhecimento em enfermagem constituem os motores de desenvolvimento e de definição identitária da enfermagem enquanto disciplina científica e prática.

1.2. SOBRE O OBJECTO DA ATENÇÃO EM ENFERMAGEM

Duas das unidades básicas da filosofia de enfermagem são a natureza do ser humano e o foco da prática de enfermagem. Assim o conteúdo relativo à natureza das necessidades humanas parece ser essencial incluir na filosofia de enfermagem, mas o conhecimento exacto do que é ou deveria ser a sua natureza difere consideravelmente de uns teóricos para outros, o que evidencia a diversidade presente nas actuais concepções (Abu-Saad, 1993; Salsberry, 1994; Kikuchi, 1999).

A segunda área de crescimento comum é o foco da prática de enfermagem e também neste a diversidade entre os teóricos é evidente. Uns defendem a satisfação das necessidades como foco da prática de enfermagem, enquanto outros defendem a assistência do cliente no encontro de

significados pela interação interpessoal. Naturalmente, como vemos, as entidades identificadas do ponto de vista ontológico terão consequências epistemológicas para a filosofia.

Na perspectiva de Nightingale (1989) o conhecimento da enfermagem define o seu foco, pois considera que a enfermagem consiste em saber o que deve ser feito a fim de manter o organismo em condições tais que não contraia doenças, ou que possa recuperar-se de qualquer problema de saúde. Deste modo, temos a pessoa sã ou doente, enquanto objecto de cuidados.

Virgínia Henderson, no seu modelo conceptual de enfermagem centrado nas necessidades humanas fundamentais (Adam, 1982), considera que o foco de atenção do profissional de enfermagem, embora vendo-se o *“beneficiário como um indivíduo complexo”*, se centra num só aspecto particular, já que não se pode fazer tudo ao mesmo tempo (*ibidem*, 9). Deste modo, a atenção recai sobre as necessidades afectadas num determinado momento e que tornam o indivíduo dependente na satisfação dessas necessidades. Assim, o papel do enfermeiro é complementar e suplementar à satisfação das necessidades do indivíduo, consistindo em *“suprir ao cliente o que lhe falta para o fazer de modo completo, total e independente”* (*ibidem*, 14), sendo o foco de atenção do enfermeiro a área de dependência da pessoa. Constituem formas de intervenção acessíveis ao enfermeiro recolocar, completar, substituir, juntar, reforçar e aumentar o modo como a pessoa supre a suas necessidades.

No entanto, parece ser consensual considerar-se o ser humano *“a partir das suas experiências, segundo trajectos de continuidade ou descontinuidade, modos de interacção distintos, diferentes estratégias de comunicação e graus diferenciados de adaptação ao meio e gestão da saúde e da doença”* (Abreu, 2008: 24).

Quanto ao estatuto de “cuidar”, outro tópico de discussão no âmbito das questões éticas, existem também diferentes perspectivas epistemológicas: a perspectiva de cuidar como um estado humano; a perspectiva de cuidar como um imperativo moral ou ideal; o cuidar enquanto afecto; cuidar como uma relação interpessoal e cuidar enquanto intervenção de enfermagem. Estas diferenças devem ser resolvidas no sentido de tornar clara a base filosófica da prática de cuidados (Salsberry, 1994).

Watson (2002) considera que uma abordagem da ciência humana sobre o cuidar é necessária para a prática da enfermagem hoje e no futuro. O processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos é um elemento importante para a enfermagem, *“não apenas devido às transacções dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenho, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”*, refere a autora (p. 52). Na perspectiva da autora, cuidar é um empreendimento epistémico que define o enfermeiro e a pessoa, bem como o espaço e o tempo. Para se cuidar são necessários estudos sérios, reflexão, acção e a procura de novos conhecimentos que ajudarão a descobrir novos significados da pessoa e do processo de cuidar, durante as experiências de saúde-doença, considerando que cuidar é o ideal moral da enfermagem, sendo o seu objectivo proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Na sua perspectiva, cuidar envolve valores, vontade e um compromisso para o cuidar, conhecimentos, acções carinhosas e suas consequências. Todo o cuidar está relacionado

com respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença, com o conhecimento do processo de cuidar, com o auto-conhecimento daquele que cuida e com o conhecimento das capacidades e limitações pessoais para negociar o cuidado com os clientes (Watson, 2002; Collière, 2003).

Na perspectiva de Collière (2003), cuidar “*situa-se na encruzilhada do que faz viver e morrer, comunica vida, deixa existir, desenvolve o que permite viver, compensa o que coloca obstáculo à vida, acompanha as grandes passagens da vida – os momentos difíceis, a doença, mobiliza as capacidades de vida existentes e/ou restantes, ajuda a nascer e a renascer, acompanha a morte e cria no quotidiano*” (*ibidem*, p. 439 e seguinte).

Hesbeen (1997) defende o cuidado de enfermagem enquanto atenção particular que se traduz numa acção de ajuda para a pessoa, que tem sentido para a pessoa cuidada e para o profissional. O cuidado de enfermagem é revelado na capacidade do enfermeiro em oferecer às pessoas competências ajustadas às suas necessidades de ajuda no seu processo de saúde.

Meleis (1991) salienta os processos de transição vividos pelas pessoas enquanto foco de atenção em enfermagem e considera a interacção como um dos conceitos centrais no exercício de enfermagem, argumentando que “*o cliente de enfermagem está em constante interacção com o ambiente*”, pelo que a enfermagem centra-se não só nas pessoas mas também na monitorização, regulação, manutenção e mudanças ambientais (*ibidem*, p. 105). Assinala também a interacção como o principal instrumento pelo qual os enfermeiros avaliam as necessidades e recursos do cliente, pelo que considera a interacção um instrumento central na prestação de cuidados de enfermagem. Neste sentido, Abreu (2008), referindo-se a Meleis e Trangenstein (1994) indica que a disciplina de enfermagem “*está relacionada com o processo e com as experiências humanas de transição, no qual a saúde e o bem-estar podem ser consideradas resultados da intervenção*”, pelo que o papel mais relevante do profissional de enfermagem é o de assistir utentes em processos de transição (Abreu, 2008: 23).

As concepções implícitas quanto à pessoa alvo de cuidados e ao cuidar como intervenção da prática de cuidados, nas perspectivas apontadas, variando em aspectos mais de natureza linguística – o modo de dizer – do que na sua essência, permitem pensar o cuidado de enfermagem às pessoas que deles necessitam enquanto atitude capaz de ir ao encontro das respostas das pessoas, às suas situações de vida e/ou de doença como situação que anima e tem sabedoria, pois que tem sentido e dá sentido. Trata-se da ciência que vai ao encontro da sabedoria, questionando e construindo conhecimento, e arte que se aperfeiçoa a partir do que se descobre da vida, que permite construir um saber alimentado de emoções e sentimentos libertando uma inventividade desconhecida (Watson, 2002; Collière, 2003).

1.3. CONSTRUÇÃO E ESTRUTURA DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

A construção de conhecimento em enfermagem pode seguir estratégias conceptuais universais. Considerando os modos específicos como são classificados os problemas de

enfermagem, a partir da capturação de elementos empíricos presentes no mundo da enfermagem, esses problemas são transformados em termos teóricos que permitem a sua especificação no mundo real da profissão (Kim, 2000).

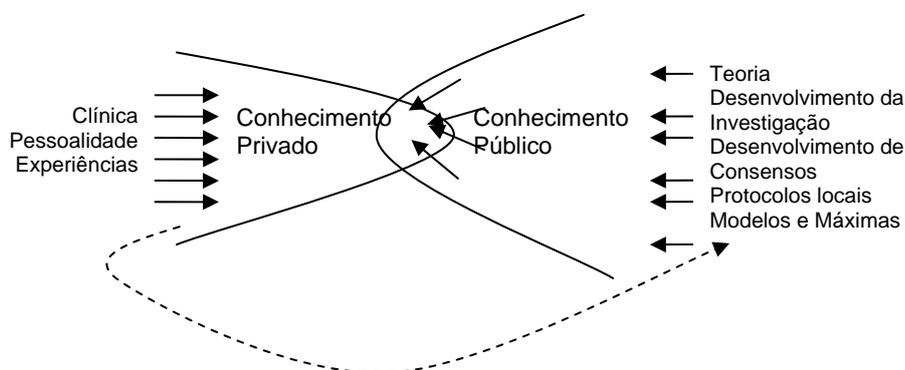
Atendendo à natureza da enfermagem, a sua epistemologia enquadra-se num cenário plural de correntes sendo a natureza do seu conhecimento multifacetado e complexo.

Kim (2000) situa-se na epistemologia de Karl Popper para, por analogia, explicitar a natureza do conhecimento em enfermagem. Karl Popper, no início dos anos 70, propõe uma teoria objectiva do conhecimento e formula a ideia dos três mundos: "mundo 1", o mundo dos objectos físicos; "mundo 2", o mundo dos estados de consciência ou mentais ou de "disposições comportamentais para agir" que compreende o conhecimento subjectivo; e "mundo 3", o mundo das ideias, ou seja o conhecimento objectivo (Navarro, 2005).

A partir dessa epistemologia, ou seja a de que os tipos de epistemologia têm origem no mundo 2, conhecimento subjectivo, e no mundo 3, conhecimento objectivo – teorias, problemas objectivos e argumentos objectivos – o conhecimento científico, Hesook Kim defende que o conhecimento em enfermagem é, por analogia, *conhecimento privado*, aquele que pertence a indivíduos específicos obtido através da sua própria consciência e processamento mental de experiências e respostas (mundo 2) e *conhecimento público*, aquele que existe para todos e que, apesar de obtido através de processos privados dos cientistas, é objectivo e orientado para a sistematização (mundo 3).

Nesta perspectiva, cada enfermeira possui um conhecimento privado de enfermagem que é gerador e dinâmico, bem como ideográfico ou contextual. Alguma parte do conhecimento privado é partilhada com outros conhecimentos privados de outras enfermeiras e com o conhecimento disciplinar, enquanto que o conhecimento público de enfermagem, sendo um processo de trabalho individual com que cada enfermeira está envolvida, expande ou estagna o conhecimento privado. Assim, o que constitui o conhecimento privado de enfermagem e como é construído não são questões de epistemologia mas de cognição, requerendo respostas específicas para tipos específicos de questões de investigação (figura 2).

Figura 2. Relação entre conhecimento público e privado em enfermagem



Fonte: Adaptado de Kim (2000)

Do ponto de vista de educação profissional, esta tem início pelo acesso ao conhecimento público da disciplina e desenvolve-se pela construção de conhecimento privado que inicialmente é mais estandardizado que ideográfico. O enriquecimento do conhecimento privado faz-se pelas experiências individuais que cada enfermeiro vai vivendo, pelo processo de auto-referenciação e construção reflexiva a nível individual bem como pelo recurso ao conhecimento do sector público, que é continuamente enriquecido através das actividades da comunidade científica de enfermagem.

Kim (2000), citando Carper (1978) a propósito do *conhecimento pessoal*, refere que o conhecimento pessoal, sendo o conhecimento do *eu*, enquanto conhecimento de introspecção, faz parte do conhecimento privado. A autora considera, então, conhecimento privado de enfermagem, “o conjunto de elementos cognitivos que são requeridos e usados na prática de enfermagem, incluindo o conhecimento do eu-enfermeiro” (*ibidem*, p.5).

O conhecimento público refere-se ao conhecimento de carácter disciplinar sistematizado e generalizado, sendo que a sistematização e generalização varia de acordo com a maturidade e o grau com o qual a disciplina é capaz de integrar o novo conhecimento em sistemas coerentes para as suas questões epistemológicas (Kikuchi, 1999; Kim, 2000).

Neste processo de sistematização e generalização, as características e essência da disciplina de enfermagem, como sistema de conhecimento, têm bases cognitivas e conceptuais específicas. Kim (2000) destaca Florence Nightingale (1859, 1992) e o seu determinante contributo para a formação formal de enfermeiros, Virgínia Henderson (1966) e a sua ênfase nos cuidados humanizados, bem como R. Schlotfeldt (1978, 1987) enquanto afirmação da enfermagem como campo independente de estudo e R. Ellis (1970) pelo seu contributo para a análise séria nos estudos de enfermagem.

No início dos anos 70 foram desenvolvidos modelos conceptuais¹, usados para descrever os aspectos da condição humana com os quais a disciplina está preocupada, bem como de que modo podemos compreender ou explicar o fenómeno-chave de preocupação, o centro de interesse da enfermagem, ou seja “o cuidado da pessoa que, em interação contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde” (Kérouac *et al*, 1994: 61). Também, o que os membros da disciplina fazem enquanto práticas do campo científico, como são os campos da prática e da gestão na sua dimensão clínica e os campos da formação e da investigação na dimensão disciplinar da enfermagem, têm constituído objecto de estudo e desenvolvimento para a compreensão e definição da disciplina (Abu-Saad, 1993).

Constata-se que, nos últimos vinte e cinco anos, o desenvolvimento de enquadramentos teóricos, a partir de alguns conceitos considerados relevantes para a enfermagem, tem contribuído para o enriquecimento do corpo de conhecimentos, como são os exemplos de Meleis (1991), Riehl-Sisca (1992), Kérouac *et al*, (1994) e Fawcett (2005). No entanto, na perspectiva de Kim (2000), a ambiguidade que persiste nas diferenças entre o conhecimento possuído pelos indivíduos que praticam a enfermagem e o conhecimento da disciplina de enfermagem como um todo promove, basicamente, o desenvolvimento do conhecimento disciplinar, enquanto conhecimento de carácter público e não o conhecimento privado ou aquele que é construído pelos práticos.

O conhecimento gerado na disciplina é organizado através da actividade conceptual em teorias que caracterizam determinado fenómeno (Riegel *e tal.*, 1995).

Com o propósito de sistematizar o conhecimento construído a partir de Florence Nightingale, Yura e Torres (1975), referidos por Meleis (1991), Riehl-Sisca (1992), Kérouac *et al*, (1994) e Fawcett (2005), delinearão e descreverão os conceitos major usados em programas de bacharelato, os quais eram centrais nos diferentes modelos conceptuais e enquadramentos teóricos dos planos de estudos analisados. Quatro conceitos emergiram: homem, sociedade, saúde e enfermagem sendo apontados como os elementos que constituem o *metaparadigma* de enfermagem, ou seja, os conceitos considerados centrais para a disciplina de enfermagem (Meleis, 1991; Leddy e Pepper, 1993; Kérouac *et al*.1994).

A centralidade destes conceitos tem sido usada por muitos teóricos nos seus estudos de investigação e constituem, ainda hoje, elementos centrais nos quadros de referência de instituições prestadoras de cuidados e de planos de estudo de enfermagem (Abreu, 2008).

Jacqueline Fawcett desenvolve a análise iniciada por Yura e Torres para descrever a estrutura do conhecimento da enfermagem contemporânea.

No entanto, nem todos os teóricos de enfermagem concordam com estes quatro conceitos como elementos teóricos que fundam o enquadramento unificador da enfermagem. Kim (2000)

¹ Por exemplo: as concepções de Nightingale a Parse, passando por Virgínia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah na *Escola das Necessidades*; Hildegard Peplau, Ida Orlando, Josephine Paterson & Loreta Zderad, Ernestine Wiedenbach, Imogene King e Joyce Travelbee na *Escola da Interação*; Callista Roy, Lydia Hall, Dorthy Johnson, Betty Neuman e Myra Levine na *Escola dos Efeitos Desejados*; Moyra Allen na *Escola da Promoção da Saúde*; Martha Rogers, Rosemarie Parse e Margaret Newman na *Escola do Ser Humano Unitário* e Jean Watson e Madeleine Leininger na *Escola do “Caring”* (Kérouac *et al.*, 1994)

considera que a aparente falta de visão sistemática do conhecimento de enfermagem se prende com a utilização dos referidos conceitos na análise das teorias e conteúdos conceptuais de enfermagem e afirma: "...these are merely key concepts that nursing may need to formulate meanings from which various ontological and explanatory positions may emerge. These concepts cannot be used as four cornerstones that set up the conceptual boundary for nursing's subject matter... They are empty as boundary-specifying constructions..." (p.7). Kim (2000) propõe, então, o seu enquadramento metaparadigmático como uma tipologia que inclui quatro domínios conceptuais distintos: *domínio do cliente*; *domínio do cliente-enfermeiro*; *domínio da prática* e *domínio do ambiente*. Esta tipologia constitui-se como um instrumento analítico para ser usado na classificação e posicionamento dos conceitos e fenómenos da disciplina prática de enfermagem em limites específicos, bem como identificar os aspectos essenciais da enfermagem enquanto conteúdo dos quatro domínios. Já a motivação central de Yura e Torres e de Fawcett é identificar os conceitos essenciais nas teorias de enfermagem.

De facto, pela análise da terminologia presente na literatura científica de enfermagem, que tem vindo a fazer ao longo dos anos, bem como pelos contributos críticos de muitos teóricos, Fawcett permite-se afirmar uma estrutura *holárquica*² do conhecimento de enfermagem, no qual diferencia um conjunto de componentes, incluindo o metaparadigma, a partir do nível de abstracção de cada um (Fawcett, 2005). Porque é uma estrutura suficientemente ampla, clara e explícita, utilizamo-la para enquadrar o actual conhecimento de enfermagem, embora consideremos a proposta de Kim um importante contributo para o desenvolvimento na construção de conhecimento científico em enfermagem.

Os cinco componentes que enformam a estrutura holárquica do conhecimento de enfermagem são **metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos** (Fawcett, 2005)., como representado na figura 3.

Estes componentes compreendem aquilo que é único no conhecimento disciplinar de enfermagem e separa a enfermagem das outras disciplinas (Parse, 2001, citada por Fawcett, 2005).

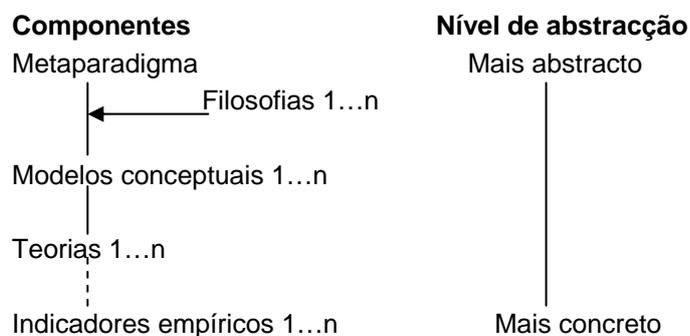
A estrutura holárquica apresentada é entendida pela autora como uma combinação heurística que coloca os cinco componentes organizados em função do seu nível de abstracção. Estes componentes, excepto os indicadores empíricos, são constituídos por conceitos e proposições. Um **conceito** é uma palavra ou frase que sintetiza coisas, acontecimentos, ideias e outras realidades por nós percebidas e pensadas ou seja, são elementos linguísticos, declarações

² Na sua mais recente obra, *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*, Jacqueline Fawcett introduz a designação "holarchy", substituindo a anterior designação de hierarquia, na classificação da estrutura do conhecimento de enfermagem, pois, a partir da concepção de Wilber (1998), considera que " the term holarchy, rather than hierarquy, is used to denote components that are whole within themselves but also part of a larger whole. In this case, the larger whole is contemporary nursing knowledge. Thus, each component of contemporary nursing knowledge is a complete whole but also part of a whole." (Fawcett, 2005: 3).

O termo holarquia deriva da noção de 'holon' que significa "o todo" e "a parte". Esta dualidade permite que um holon seja ao mesmo tempo visto como um elemento de construção de unidades maiores e ele próprio uma dessas unidades. A estrutura organizacional de um sistema holónico é denominada holarquia. Pela própria definição de holon, uma holarquia é um holon (Günther, 2005).

simbólicas que fornecem imagens mentais acerca das propriedades ou características essenciais de um dado fenómeno, facilitando a sua comunicação e compreensão (Kim, 2000; Fawcett, 2005).

Figura 3. Estrutura “holárquica” do conhecimento contemporâneo de enfermagem: componentes e nível de abstracção



Fonte: Adaptado de Fawcett (2005)

Uma **proposição** é a afirmação de relação entre conceitos num sistema teórico. Uma proposição não relacional é a descrição ou definição do conceito. Uma **proposição não relacional** descreve o significado de um conceito, sendo designada uma *definição constitutiva*. Uma proposição não relacional que estabelece como é que um conceito é observável ou mensurável é chamado uma *definição operacional*. Uma **proposição relacional** define, então, a relação entre dois ou mais conceitos (Fawcett, 2005).

◆ Metaparadigma

O primeiro componente da estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo de enfermagem é o metaparadigma. Fawcett (2005) considera metaparadigma *“the global concepts that identify the phenomena of central interest to a discipline, the global propositions that describe the concepts, and the global propositions that state the relations between or among concepts.”* (p. 4). Kim (2000) encara o metaparadigma como sendo a consideração epistemológica ao mais alto e geral nível filosófico e é relativo aos aspectos gerais do objecto de interesse da disciplina no que se refere ao seu conteúdo, ao modo como esse conteúdo está organizado, bem como a estrutura do conhecimento com o qual está preocupada a disciplina.

Sendo o componente mais abstracto da estrutura do conhecimento, o metaparadigma actua como *“uma unidade que contém, ou enquadra, o que é mais restrito...nas estruturas desenvolvidas”* (Eckberg & Hill, 1979, citados por Fawcett, 2005:4), pelo que os conceitos e as proposições acerca desses conceitos constituem requisitos para especificar aquilo que é central para a disciplina. No entanto, a autora considera que um metaparadigma, sendo extremamente global, não fornece uma definitiva direcção para as actividades clínicas e de investigação,

considera antes que, citando Hardy (1978), o metaparadigma “é o *melhor consenso dentro da disciplina*”. Ele fornece os parâmetros gerais do campo e dá aos cientistas uma ampla orientação para o seu trabalho tendo como função sintetizar a missão intelectual e social da disciplina e colocar fronteiras no objecto da mesma (Kim, 2000). Estas funções reflectem-se em certos requisitos para um metaparadigma. Os quatro requisitos para qualquer metaparadigma, na perspectiva de Fawcett (2005), são:

- i) *“Identificar o domínio que é distinto do domínio de outras disciplinas. Este requisito só está preenchido quando os conceitos e proposições representam uma única perspectiva para a investigação e para a prática.*
- ii) *Incluir todo o fenómeno de interesse da disciplina de modo parcimonioso. Este requisito só está completado quando os conceitos e proposições são globais e não há redundâncias nos conceitos ou proposições.*
- iii) *Ter uma perspectiva neutral. Este requisito está preenchido só se os conceitos e proposições não representam uma perspectiva única, ou seja, um paradigma específico ou modelo conceptual, ou a combinação de perspectivas.*
- iv) *Deve ser internacional na essência e na substância. Este requisito, o qual é o corolário do terceiro, está preenchido somente se os conceitos e proposições não reflectem um país, cultura ou crenças éticas e valores específicos.” (ibidem, 2005: 5).*

Estes requisitos indicam que o metaparadigma de qualquer disciplina deve ser abstracto e geral; conciso e livre de termos redundantes; não alinhado com um quadro particular de referência; e livre de orientações nacionais, culturais ou de grupos particulares, embora o consenso acerca destas propriedades ainda não exista na enfermagem, no que se refere à perspectiva de neutralidade (Fawcett, 2005).

Metaparadigma de Enfermagem

A noção de metaparadigma foi introduzido na literatura de enfermagem nos anos 70, quando enfermeiras, como Rawnsley (1996), citada por Fawcett (2005) considerou que “*was struggling to defend its self-nominated status as a science*”. Em 1978, Hardy definiu um metaparadigma como “*a gestalt... within a discipline*”. Hardy explicou que um metaparadigma “*provides a map which guides the scientist thought the vast, generally incompressible world. It gives focus to scientific endeavour which would not be present if scientists were to explore randomly*”. Mais tarde, Fawcett, no seu artigo *The metaparadigma of nursing: current status and future refinements* (1984) definiu o metaparadigma de qualquer disciplina como “*a statement or group of statements identifying its relevant phenomena*” afirmando que a revisão da literatura da altura revelou evidência que suporta a existência de um metaparadigma de enfermagem (Fawcett, 2005:5).

O metaparadigma de enfermagem actualmente proposto por Fawcett é composto por quatro conceitos, quatro proposições não relacionais, e por quatro proposições relacionais. Os conceitos referem-se ao entendimento acerca de: Ser humano, Ambiente, Saúde e Enfermagem. Cada um

destes conceitos tem associada uma *proposição não relacional*, ou seja uma definição constitutiva dos conceitos do metaparadigma, a saber:

- a) “O conceito **ser humano** refere-se aos indivíduos, se estes são reconhecidos numa dada cultura, bem como as famílias, comunidades ou outros grupos ou agregados que participam na enfermagem.
- b) O conceito **ambiente** refere-se a outros significativos ao ser humano e meio físico, bem como aos locais nos quais a enfermagem ocorre, os quais variam desde a casa da pessoa até ao serviço de saúde e sociedade como um todo. O conceito refere-se também a todo o contexto local, regional, nacional e condições culturais, sociais, políticas e económicas que estão associadas com a saúde do ser humano.
- c) O conceito **saúde** refere-se ao processo de vida e morte do ser humano.
- d) O conceito **enfermagem** refere-se à definição de enfermagem, às acções realizadas pelos enfermeiros individualmente ou conjuntamente com a pessoa, e os objectivos ou resultados das acções de enfermagem. As acções de enfermagem são entendidas como um processo conjunto entre os participantes na enfermagem e os enfermeiros. O processo envolve actividades referidas como avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação.” (Fawcett, 2005: 7).

A ligação entre os conceitos do metaparadigma é feita através da explicitação de *proposições relacionais*, que Fawcett (2005) desenhou a partir dos trabalhos de Donaldson & Crowley (1978) e Gortner (1980). A proposição relacional 1 liga os conceitos ser humano e saúde. A proposição relacional 2 liga ser humano e ambiente. A proposição relacional 3 liga saúde e enfermagem e a proposição relacional 4 liga os conceitos ser humano, ambiente e saúde. As proposições relacionais são, então:

- i) “A disciplina de enfermagem está preocupada com os princípios e leis que regem o processo humano de viver e morrer.
- ii) A disciplina de enfermagem está preocupada com o padrão de experiências humanas no contexto do ambiente.
- iii) A disciplina de enfermagem está preocupada com as acções de enfermagem ou o processo que beneficia o ser humano.
- iv) A disciplina de enfermagem está preocupada com o processo humano de viver e morrer, reconhecendo que o ser humano está em contínua interacção com o seu ambiente.” (Fawcett, 2005: 9).

A versão do metaparadigma de enfermagem apresentado representa um refinamento das últimas versões, nomeadamente o conceito de *ser humano*, que começou por ser *homem*, nos trabalhos de Yura e Torres, e depois *pessoa*, nos trabalhos de Fawcett. A autora considera que a designação *ser humano* envolve uma compreensão mais global do que o termo *pessoa*, numa

perspectiva transcultural. Inclui também a concepção do ser humano enquanto participante no processo de cuidados, contrariamente à visão de receptor de cuidados; a mudança na definição constitutiva de saúde, que passa a centrar-se no processo de viver e morrer, em vez de processo de saúde e doença.

No seu conjunto, os quatro conceitos, as quatro proposições não relacionais e as quatro proposições relacionais identificam o centro único da disciplina de enfermagem e inclui todos os fenómenos relevantes de modo parcimonioso. Além disso, os conceitos e proposições têm uma perspectiva neutral, porque não reflectem um paradigma em particular ou modelo conceptual. Também os conceitos e proposições do metaparadigma não reflectem as crenças e valores das enfermeiras de qualquer país ou cultura e, além disso, são universais quanto à sua essência e substância.

Propostas para alternativas de conceitos e proposições do metaparadigma

O metaparadigma proposto por Fawcett (2005) não encerra a explicação do fenómeno de interesse para a disciplina de enfermagem. De facto, é de supor que as modificações nos conceitos e proposições continuarão à medida que a disciplina evolui. As modificações devem, contudo preencher os quatro requisitos para o metaparadigma, como afirma Fawcett.

A própria autora apresenta diferentes propostas alternativas de conceitos para o metaparadigma de enfermagem³, as quais analisa e debate, considerando que em várias situações os conceitos/perspectivas apresentados não preenchem todos os requisitos para um metaparadigma. Destaca, no entanto, a visão de Hesook Kim, que considera oferecer uma forte e racional perspectiva para o metaparadigma de enfermagem, nomeadamente quando sustenta que o metaparadigma de enfermagem é o modo pelo qual a disciplina profissional de enfermagem delinea e torna público a sua natureza particular e a distingue nos campos das ciências naturais, sociais e humanas, constituindo-se como o principal guia para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem (Fawcett, 2005).

◆ **Filosofias**

O segundo componente da estrutura holárquica do conhecimento de enfermagem é a **filosofia**. Como vimos no anterior subcapítulo, a filosofia pode ser definida como a procura para a compreensão da natureza humana, com as suas realidades, significados, valores e normas de conduta e como uma declaração que compreende a afirmação ontológica acerca do fenómeno central de interesse para a disciplina, a afirmação epistémica acerca de como esses fenómenos

³Fawcett assinala as propostas de Newman, que sustenta a sua proposta de conceitos na designação *enfermagem (como uma acção), cliente (ser humano), ambiente (do cliente e da enfermeira-cliente) e saúde*; de King, que apresenta os conceitos: *homem, saúde, função e sistema social*; Kim que propõe os domínios: *cliente, cliente-enfermeira, prática e ambiente*; Parse, que situa a essência da enfermagem em *ser humano – universo – processo de saúde*; Jacobs que considera o fenómeno central da enfermagem o *respeito pela dignidade humana*; bem como as perspectivas de outros grupos de teóricos (2005: 8-11).

são conhecidos e a afirmação ética acerca do que os membros da disciplina valorizam. Deste modo, é função da filosofia comunicar o que os membros da disciplina acreditam ser verdade em relação ao fenómeno de interesse para a disciplina, quais as suas crenças acerca do desenvolvimento do conhecimento acerca desse fenómeno, e o que é que eles valorizam relativamente às suas acções e práticas (Meleis, 1991; Steele, 1992; Leddy e Pepper, 1993; Fawcett, 2005). Por outras palavras, a função de cada filosofia é informar os membros da disciplina e o público em geral acerca das crenças e valores de uma disciplina em particular, fornecendo os pressupostos que orientam teorias e a justificação da disciplina (Meleis, 1991).

Filosofias de Enfermagem

Como já referido, a filosofia de enfermagem compreende a afirmação de aspectos ontológicos e epistémicos acerca do fenómeno de interesse da disciplina de enfermagem e os aspectos éticos acerca das acções de enfermagem, das práticas de enfermagem, bem como o carácter dos indivíduos que escolhem praticar enfermagem. Os aspectos ontológicos na filosofia de enfermagem definem as crenças acerca da natureza do ser humano e do ambiente, da saúde e da enfermagem (Salsberry, 1994; Kikuchi e Simmons, 1994). Constatámos também, pela bibliografia analisada, bem como pela nossa própria experiência, que no actual quadro de concepções filosóficas em enfermagem ainda nenhuma filosofia dominante prevaleceu, neste processo de explicitação da disciplina de enfermagem, pelo que, tal como Riegel *et al.* (1995) e Fawcett, (2005), não poderemos falar de uma filosofia de enfermagem mas de filosofias de enfermagem, pois são várias as escolas de pensamento que a têm influenciado.

Escolas de Pensamento

A análise da literatura no domínio das escolas de pensamento presentes nos processos de explicitação da disciplina de enfermagem evidencia três grandes correntes de pensamento que têm influenciado o pensamento em enfermagem.

O **paradigma da categorização** (Kérouac, 1994), também designada por **escola das necessidades** (Meleis, 1991); ou visão do **mundo resposta** (Fawcett, 2005), segundo o qual os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos, considerados como elementos isoláveis ou manifestações simplificáveis; o **paradigma da integração** (Kérouac, 1994), também referida como **escola da interacção** (Meleis, 1991) ou da **interacção recíproca/reciprocidade** (Fawcett, 2005), que prolonga o paradigma da categorização pelo reconhecimento dos elementos e as manifestações de um fenómeno e a sua integração no contexto específico no qual o fenómeno ocorre; e o **paradigma da transformação** (Kérouac, 1994), referida também como **escola de resultados de enfermagem** (Meleis, 1991); ou da **acção simultânea/simultaneidade** (Fawcett, 2005), segundo o qual um fenómeno é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com o mundo que o cerca, sendo cada fenómeno único e esta unicidade expressa o centro de atenção da enfermagem, que não é mais o enfermeiro ou o hospital mas a própria pessoa em relação à qual a saúde é uma experiência de vida pessoal.

Na sequência deste paradigma – da transformação – surge o conceito de “cuidar” que, enformando a acção de enfermagem, orienta o seu exercício para a defesa da autonomia do ser humano e confere-lhe identidade e idoneidade.

Estas diferentes visões, correntes de pensamento, estão presentes não só no pensamento de enfermagem mas em todas as esferas de actividade e correspondem a visões do mundo dominantes no contexto de acontecimentos históricos e de movimentos sociais ocorridos nos últimos séculos.

Categorias de conhecimento

Fawcett (2005) considera as várias categorias do conhecimento como sendo diferentes classes de abordagem para compreender a pessoa que necessita de cuidados, os diferentes tipos de fenómenos, bem como diferentes tipos de questões. Nesta perspectiva, cada categoria de conhecimento enfatiza diferentes fenómenos e levanta diferentes questões acerca das situações de enfermagem.

As diferentes categorias de conhecimento em enfermagem referidas por Fawcett (2005) são as categorias: *desenvolvimento*, com origem na psicologia; *sistemas*, cuja origem são as disciplinas da biologia e da física; e *interacção*, com origem no interaccionismo simbólico da sociologia. As categorias *necessidades*, *resultados*, *conhecimento centrado no cliente*, *conhecimento centrado na pessoa-ambiente*, *terapêuticas de enfermagem*, *campos de energia*, *intervenção*, *conservação*, *substituição*, *apoio/suporte* e *melhoria* são categorias centradas nas funções de enfermagem e/ou no modo como é considerado o utente e decorrem directamente do conteúdo prático da enfermagem.

◆ **Modelos Conceptuais**

O terceiro componente da estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo de enfermagem é o modelo conceptual. Modelo conceptual é considerado como um conjunto de conceitos relativamente abstractos e gerais que definem o fenómeno central de interesse para a disciplina, as proposições que em termos gerais descrevem aqueles conceitos, e as proposições que declaram relações relativamente abstractas e gerais entre dois ou mais conceitos. Um modelo conceptual é mais abstracto que uma teoria, contém todas as variáveis do assunto de interesse e descreve a realidade mais profundamente (Fawcett, 2005). No entanto Meleis (1991), criticando a concepção de Fawcett quanto ao nível de abstracção do modelo conceptual em relação à teoria, afirma que esta é mais abstracta que o modelo conceptual.

O termo modelo conceptual é sinónimo dos termos enquadramento conceptual, sistema conceptual, paradigma e matriz disciplinar (Fawcett, 1990, 2005; Meleis, 1991; Kérouac, 1994). Estes modelos ou enquadramentos emergem das observações empíricas e da intuição ou a partir de deduções que combinam criativamente ideias de várias áreas de questionamento.

Um modelo conceptual fornece um quadro distinto de referência (Fawcett, 1990, 2005), serve de guia para a prática, a formação, a investigação e a gestão de cuidados, precisando os elementos essenciais para a formação, bem como os fenómenos de interesse para a investigação (Steele, 1992; Kérouac, 1994). Cada modelo conceptual representa um foco único, caracterizando uma realidade possível que influencia profundamente a percepção dos indivíduos (Fawcett, 2005).

Modelos Conceptuais de Enfermagem

Os modelos conceptuais de enfermagem existem desde Florence Nightingale (1859-1946). Têm evoluído para representações mais formais e explícitas do serviço que os enfermeiros prestam aos clientes, ao longo dos anos. Actualmente, constituem-se como quadros de explicitação do propósito e essência da enfermagem, fornecem o enquadramento para os objectivos das acções de enfermagem, clarificam a responsabilidade e a autonomia da enfermagem e ajudam a encontrar consistência na prática de enfermagem facilitando a comunicação entre os diferentes membros da equipa de saúde (Fawcett, 1990, 2005; Meleis, 1991; Steele, 1992; Kérouac, 1994; Silva, 2002).

◆ Teorias

O quarto componente da estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo de enfermagem é a teoria. Uma teoria é definida como um conjunto de afirmações organizadas, coerentes e sistematicamente articuladas com as questões significativas de uma disciplina (Meleis, 1991; Steele, 1992). Para Kim (2000) uma teoria especifica a natureza de um fenómeno pela explicitação das suas assunções/premissas ou pressupostos, conceitos e declarações teóricas e Fawcett (2005), definindo-a de modo menos abstracto, considera a teoria como um ou mais conceitos específicos e relativamente concretos, que derivam de um modelo conceptual, proposições que pouco descrevem esses conceitos e proposições que declaram, de modo relativamente concreto e específico, relações entre dois ou mais dos conceitos.

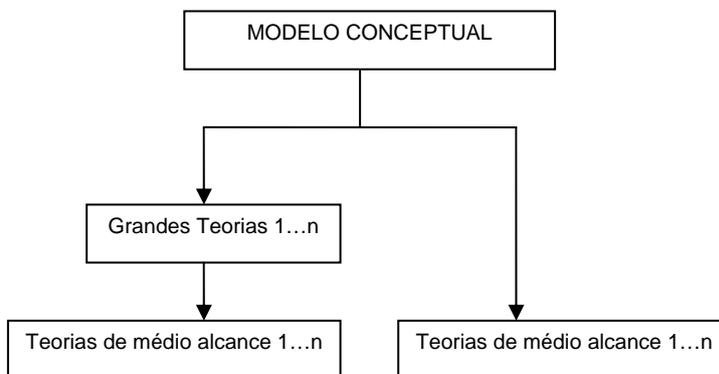
As teorias variam no seu nível de abstracção e alcance. As de tipo mais abstracto e geral são designadas *grandes teorias*, as mais concretas e específicas são consideradas *teorias de médio alcance* (Meleis, 1991; Kim, 2000; Fawcett, 2005).

Fawcett (2005) defende que as grandes teorias derivam directamente de um modelo conceptual e as teorias de médio alcance podem derivar directamente de um modelo conceptual ou de grandes teorias, considerando que estas podem servir como pontos de partida para o desenvolvimento daquelas, referindo, a título de exemplo, a teoria da criatividade, actualização e empatia de Allgood (1991) como teoria de médio alcance derivada da grande teoria da evolução acelerada de Rogers (1986).

Dado que cada uma das teorias, de grande ou de médio alcance, trata somente de um aspecto limitado da realidade, são necessárias muitas teorias para tratar de todos os fenómenos

compreendidos num dado modelo conceptual, o que é representado pela notação 1...n, na figura 4.

Figura 4. Derivação de grandes teorias e teorias de médio alcance de um modelo conceptual



Fonte: Adaptado de Fawcett (2005)

Constituem funções das teorias estreitar e especificar mais profundamente o fenómeno contido no modelo conceptual, bem como proporcionar uma estrutura específica e relativamente concreta para a interpretação do puzzle inicial de comportamentos, situações e acontecimentos conceptualizados no modelo (Fawcett, 2005). São então usadas como instrumentos para explicar problemas, constituindo-se como bases sistemáticas para fazer emergir as regularidades das irregularidades (Kim, 2000).

Teorias de Enfermagem

As teorias de enfermagem classificam-se em *Grande teoria*, *Mesoteorias*, *Teoria de médio alcance* e *Microteorias* (Kim, 2000). A grande teoria manipula um fenómeno no âmbito de um campo científico geral, como são o exemplo de Newman (1986, 1994) com a Teoria *Health as Expanding Consciousness* e Parse (1981, 1998) com a sua Teoria *Human Becoming* (Leddy e Pepper, 1993; Kérouac, 1994; Kim, 2000; Fawcett, 2005). As mesoteorias são menos gerais que as grandes teorias e lidam com fenómenos de um domínio mais específico, como são exemplo Orlando (1961), Peplau (1952, 1992) e Watson (1985, 1997), referidas por Fawcett (2005). As teorias de médio alcance situam-se num nível mais realístico e testável, como são as teorias da *Autotranscendência* de Reed (1991) e *Teoria da incerteza na doença* de Mishel (1988) referidas por Kim (2000). As microteorias consistem num conjunto de declarações teóricas muito específicas de um determinado fenómeno.

Algumas teorias usadas por enfermeiras são específicas da enfermagem, consideradas por Kim (2000) *teorias de enfermagem*, enquanto outras são usadas de disciplinas afins, como as teorias do stress, *coping*, *locus* de controlo e auto-eficácia (Fawcett, 2005) e que Kim (2000) designa de *teorias em enfermagem*. Neste caso, Fawcett (2005) alerta para a necessidade de

estas, e outras de áreas afins à enfermagem, serem usadas considerando a sua adequação nas situações de enfermagem e Kim (2000) reforça a necessidade de incorporação dos dois tipos de teorias na disciplina de enfermagem para o desenvolvimento de um entendimento mais compreensivo do seu domínio.

Dickoff, James e Wiedenbach (1986), citados por Kim (2000), defendem a necessidade de produção de teorias situacionais, do tipo prescritivo, para o desenvolvimento de estratégias de intervenção, de modo que as abordagens para resolver problemas práticos sejam prescritas de acordo com o conhecimento teórico produzido.

◆ Indicadores Empíricos

O quinto, e último, componente da estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo de enfermagem refere-se aos indicadores empíricos. Um indicador empírico é definido por Fawcett como *“a very concrete and specific real world proxy for a middle-range theory concept; an actual instrument, experimental condition, or procedure that is used to observe or measure a middle-range theory concept”* (ibidem, 2005:21).

A informação obtida através de indicadores empíricos é habitualmente designada de dados, constituindo um dos aspectos dos métodos de investigação usados para determinar a evidência empírica de teorias de médio alcance (Fawcett, 2005). A sua função é a de fornecer o meio pelo qual as teorias de médio alcance são produzidas e testadas, constituindo instrumentos que proporcionam dados que podem ser ordenados em categorias qualitativas ou calculados em resultados quantitativos. Têm ainda como função direccionar o investigador na sua acção investigativa, de modo preciso.

Indicadores Empíricos de Enfermagem

Os enfermeiros, práticos e investigadores, têm construído uma imensidade de indicadores empíricos, sob a forma de instrumentos de investigação e instrumentos para a prática de cuidados. Estes indicadores mensuram conceitos associados aos modelos conceptuais de enfermagem e teorias de enfermagem, permitindo verificar a validade empírica daqueles conceitos (Fawcett, 2005).

Pelo exposto, ter consciência da complexidade múltipla da enfermagem permite-nos pensar a educação, também ela, com complexidades múltiplas e exigências profissionais que contribuam de forma inequívoca para o desenvolvimento pessoal e profissional dos seus membros, que a seguir abordaremos.

2. EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

O ensino de enfermagem, em Portugal bem como nos outros países, tem tido um percurso complexo. Desde a criação da primeira escola de enfermagem, há mais de um século, até à sua integração no sistema educativo nacional, um longo caminho foi percorrido, acerca do qual pouco se conhece (Soares, 1997).

Formalmente concebido e instituído, o ensino de enfermagem tem início nos finais do século XIX, com Florence Nightingale que, pela sua precursora visão da enfermagem, dá origem ao movimento que defende a institucionalização do ensino de enfermagem como forma de elevar a imagem de degradação social e preparação técnico-científica das enfermeiras. Esta formação tem por finalidade dar preparação a mulheres que, estando para tal motivadas, assegurem a assistência a doentes nos hospitais e na comunidade (Nightingale, 1989).

Até meados do século passado, onde predominava a desorganização e falta de meios, a formação centrava-se em modelos nos quais a educação e a prática mantinham uma estreita relação, sendo a educação fortemente influenciada pela prática. As escolas funcionavam como serviços dos hospitais, sem qualquer autonomia, em conformidade com as necessidades desses hospitais. Aquela prática, dependente da esfera de intervenção e decisão médicas, ditava o que os futuros enfermeiros teriam que aprender: um pouco de ciências médicas ensinadas por médicos e cursos práticos ministrados por enfermeiras monitoras que completavam aqueles ensinamentos. O aluno era em seguida convidado a fazer, bem ou mal, a relação teoria-prática em contextos de trabalho, cujo valor central era tratar os doentes (Bevis e Watson, 1989; Martin, 1991; Soares, 1997; Silva, 2002).

A partir das décadas de 40-50 a formação em enfermagem passa a ser definida em cenários de maior autonomia na concepção do seu ensino. É orientada para uma perspectiva mais técnica, cujo sentido traduz já o esforço de emancipação e demarcação da dominação médica, ainda que à enfermeira seja reservado o papel de auxiliar do médico, tendo assumido a sua componente primordial nas áreas do conhecimento, com uma visão mais técnica do currículo, ou seja, modelos de desenvolvimento curricular centrados em objectivos (Maclean, 1992; Soares, 1997).

Nesta fase, que se prolonga até meados da década de 60, a lógica de aprendizagem é entendida como instrumento ao serviço de situações de carácter uniforme, indiferenciado, estável e previsível, sustentando uma perspectiva tecnicista, instrumental, na qual o ensino e a aprendizagem são concebidos como tarefas de aplicação da teoria à prática. Estamos perante uma formação orientada para a tecnicidade e utilitarismo⁴, que caracterizam o paradigma da racionalidade técnica (Vieira, 1993; Correia, 1997; Sá-Chaves, 2000a). Este paradigma, sustentado pela epistemologia da prática que deriva da filosofia positivista, defende a ideia de que

⁴ Utilitarismo considerado na perspectiva heideggeriana, como o carácter puramente pragmático do mundo no qual vive o ser quotidiano enquanto sistema de moral que toma por princípio "o útil ou o princípio da maior felicidade" (Cuvillier, 1973: 181).

os profissionais da prática resolvem problemas instrumentais pela selecção dos meios técnicos mais adequados (Schön, 1992), e têm por base as teorias de aprendizagem por condicionamento.

Naquela perspectiva, o ensino de enfermagem é um ensino programado que tem por fim levar o aluno a construir as respostas a partir das informações que lhe são propostas. À escola, cabe-lhe proporcionar instrução e educação e o professor, encarado como guia e modelo do aluno (*princípio do magistrocentrismo*), é o executor incondicional do programa mantendo com o aluno uma relação autoritária e distante. A premissa da racionalidade técnica – rigor – gera então um currículo normativo, que apresenta em primeiro lugar as ciências básicas consideradas pertinentes, seguidas das ciências aplicadas e finalmente a prática, na qual se supõe que o estudante aprenda a aplicar o conhecimento adquirido (Rocha, 1988).

Entretanto, em Portugal, com o Decreto-lei nº 46448 de 20/7/65, inicia-se uma nova visão da enfermagem e dos cuidados de enfermagem, que de resto acompanha a evolução nos serviços de saúde. Estes passam a integrar uma concepção não só de tratamento nos hospitais mas também de prevenção e de educação sanitária dos doentes, das suas famílias e da comunidade em geral.

Aquele plano de estudos confere ao aluno o estatuto de “*alguém em formação*” (Silva; 2002; Carvalho, 2004).

Desde aquele período até finais da década de oitenta, passando pelas grandes transformações sociais e políticas decorrentes de Abril de 74, as mudanças no ensino de enfermagem são muitas e este ensino é finalmente integrado no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico, pelo Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro. As escolas de enfermagem passam a ministrar cursos superiores: bacharelatos e cursos superiores especializados em enfermagem até 2000, altura em que, de acordo com o Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, a formação inicial em enfermagem passa a ser licenciatura de quatro anos.

A saída de enfermeiros licenciados das escolas representa para a enfermagem “*a consolidação de um percurso de profissionalização, pelo qual se conquistam e se consolidam competências, se alicerça a fundamentação teórica, crítica e científica; se estruturam novos modelos de formação e socialização dos futuros enfermeiros*” (Corpo redactorial, 2003:3), pelo que, este nível de formação envolve exigências acrescidas para os professores e estudantes. Estes, para além do desenvolvimento de competências instrumentais, antes predominantemente consideradas, devem sair das escolas habilitados “*a conceber/teorizar a sua prática [...] ajuizar criticamente os seus actos, avaliando, analisando, construindo e divulgando conceitos representativos da sua intervenção*” (Santos, 2001:3).

No domínio do desenvolvimento curricular, as concepções de aprendizagem passam a entender o aluno de enfermagem não somente enquanto objecto/sujeito passivo, mas, numa perspectiva de carácter mais construtivista, um sujeito onde a necessidade de um equilíbrio entre os esquemas mentais de que dispõe e as situações com as quais é confrontado é considerado um factor de aprendizagem, pois a aprendizagem põe em jogo simultaneamente o sujeito e o seu meio (Berbaum, 1993).

Neste quadro de formação superior, a evolução para modelos de formação académica que conduzem à obtenção de graus académicos dos enfermeiros e dos professores tem vindo, também, a contribuir para o agravamento do tão falado desfasamento teoria-prática, que se opera na separação da enfermagem enquanto disciplina académica da enfermagem como disciplina prática. Os enfermeiros professores, em movimentos de adesão às expectativas culturais do ambiente académico, procuram a utilização de modelos conceptuais e formulações teóricas das disciplinas na organização curricular (Dean, 1995), que nem sempre se articulam com as necessárias mudanças nos contextos de produção de cuidados e instalam uma aparente falta de relação entre o conhecimento disponível no sector público e o que está a ser usado na prática individual de enfermagem (Kim, 2000).

Portanto, num quadro que se pode revestir de alguma adversidade conceptual e praxica, as exigências em clareza, rigor e finalidades da educação em enfermagem devem ser pensadas, não só em relação aos profissionais da prática mas também aos que professam o ensino.

A concepção e desenvolvimento curricular supõem, desde logo, um investimento na aprendizagem do estudante e no desenvolvimento de competências, que requer um conjunto de estratégias de ensino-aprendizagem que contribuam para o efectivo desenvolvimento do estudante enquanto pessoa e profissional (Ayer e Smith, 1998). As finalidades do ensino superior de estimular o desenvolvimento do espírito científico, do pensamento reflexivo e da criação cultural, conseqüentemente relacionado com uma aprendizagem emancipatória, emergiram como objectivos a alcançar na reforma curricular de enfermagem (Marques, 2005). Deste modo *“o plano de formação deve ter como referência o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, bem como as competências gerais e académicas definidas para o curso”*. [...] *“Devem ser privilegiadas estratégias que favoreçam o desenvolvimento de competências investigativas e reflexivas [...] assente numa reflexão crítica sobre as práticas [...]. Os professores assumem, neste quadro, um conjunto de novas funções que se direccionam para a criação de situações de aprendizagem”* (D’Espiney, 2004: 24-25). Assim, a exigência de modelos de aprendizagem baseados na reflexão crítica (Schön, 1992), com uma maior ênfase na aprendizagem do que no ensino e um alargamento dos horizontes da sala de aula à realização de actividades extracurriculares integradas no plano curricular da escola (Marques, 2005), bem como currículos e desenvolvimentos curriculares mais flexíveis (Ayer e Smith, 1998) passam a ser imperativos na formação de enfermeiros.

À educação em enfermagem cabe, agora, uma orientação de cariz humanista, no sentido de *“fornecer, de algum modo, a cartografia dum mundo complexo constantemente agitado e, ao mesmo tempo, a bússola que permita navegar através dele”* (Delors et al., 1996: 77). No Relatório para a UNESCO, Delors et al., (1996) recomendam que os sistemas educativos devem alicerçar-se em torno de quatro pilares fundamentais: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em conjunto e aprender a ser.

Este reconhecimento é fundamental em todo o processo educativo em enfermagem e particularmente na aprendizagem em ensino clínico, podendo mesmo afirmar-se que a

competência metacognitiva é a mais desejável neste tipo de aprendizagem (Pettengill *et al.*, 1998; Carvalho, 2004).

2.1. OS ENSINOS CLÍNICOS: IMPORTÂNCIA DA APRENDIZAGEM NESTES CONTEXTOS

Os cursos de enfermagem, regulamentados pela Portaria Nº 799-D/99, de 18 de Setembro, têm uma estrutura curricular que inclui *“de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico”* devendo a duração do ensino clínico ser *“pelo menos, metade da carga horária total do curso”* (Artigo 3.º, pontos 1 e 3).

Com o ensino clínico pretende-se *“assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”* sendo *“assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado”* (Artigo 5º, pontos 1 e 3).

Naquela conformidade, e considerando o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais expresso pela OE, o ensino clínico adquire um valor relevante na formação em enfermagem. Constitui-se como o “coração”, o núcleo central da formação, no qual a colaboração entre a escola e serviços é fundamental. A cada um dos actores presentes nesta actividade, seja o professor, enfermeiro, estudante ou o próprio cliente de cuidados, compete um papel determinante e insubstituível neste processo de formação. Entendemos, também, que este papel, sobretudo o papel do professor e o papel do enfermeiro, nem sempre é claro, pois desenvolve-se em zonas de fronteira de contornos difusos e ambíguos e por isso geradores de alguma conflitualidade que sendo latente nas interações se expressa com grande significado nos ambientes e processos de aprendizagem dos estudantes.

O ensino clínico, entendido enquanto educação para a actividade prática (Stevens, 1979, citado por White e Ewan, 1997), é considerado como processo de preparação de estudantes para a integração da informação científica adquirida previamente, com orientação nas habilidades de desempenho e competências associadas ao diagnóstico, tratamento e cuidados ao cliente e aquisição de habilidades profissionais e pessoais, atitudes e comportamentos considerados essenciais ao Sistema de Cuidados de Saúde, bem como o desenvolvimento de hábitos de formação contínua (White e Ewan, 1997). É encarado também como situação de aprendizagem que permite a descoberta da complexidade e riqueza da prática que se pretende ensinar (Benner, 1989 citada por White e Ewan, 1997) e enquanto processo constitui uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde (Abreu, 2003). Por outro lado, se pensarmos a aprendizagem do estudante em contexto clínico, este é sempre um formando iniciado nas tradições da comunidade de profissionais que exercem práticas de cuidados nos diferentes contextos e no cenário prático em que eles se movem, pelo que a *“aprendizagem por conta própria”* não será a mais profícua (Schön, 1998), sendo desejável a orientação por um profissional experiente, embora estejam documentados processos de aprendizagem auto-dirigida, cabendo ao professor a habilidade para

desafiar os estudantes na identificação das suas necessidades de aprendizagem e avaliar com rigor o seu desempenho (White e Ewan, 1997).

Constata-se, assim, que a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico. Esta formação *“i) facilita o processo de adesão psicológica ao mundo do trabalho, numa óptica de transição para o primeiro emprego; ii) permite equacionar as diversas dimensões e contornos dos problemas de saúde, com recurso ao pensamento reflexivo; iii) faculta aos estudantes as bases para a definição de “uma consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional”* (Abreu, 2003: 13-14).

A aprendizagem do estudante em contexto clínico, abarcando o seu todo, necessita de *“oportunidades reais de aprendizagem, envolvendo os utentes mas igualmente os docentes ou os tutores; espaços e tempos para uma reflexão sistematizada sobre as suas experiências de aprendizagem; o sentimento de que recebe apoio adequado no decurso da experiência clínica; tempos e espaços para articular as experiências clínicas e os conteúdos da formação teórica, que possibilitem recomposições e aprendizagem, com ancoragem em elementos significativos para o sujeito; organização pedagógica e didáctica que promova a implicação pessoal e a dinâmica de grupo / equipe, de forma a substituir progressivamente o egocentrismo pessoal pelo interesse no grupo de referência; sentir-se seguro e que também pode ser cuidado no âmbito da sua aprendizagem; experiências de amplitude diversa que proporcionem oportunidades para o crescimento pessoal e profissional (desenvolvimento do espírito crítico, do pensamento ético, do respeito deontológico, ...)”* (Abreu, 2007: 99).

De facto, os estudantes chegam às unidades de cuidados com um conjunto de saberes teóricos que não tiveram ainda oportunidade de os mobilizar nas práticas de cuidados (Abreu, 2007), pelo que mais que uma aplicação acrítica desses saberes importa criar dinâmicas que favoreçam a análise crítica desses saberes, integrando-os em quadros de inteligibilidade que são simultaneamente mais complexos e menos instrumentalizados. Mais do que promover uma pedagogia da acumulação, a preocupação central é a de desenvolver uma pedagogia da recomposição onde o alargamento dos mapas cognitivos dos estudantes se articula com o desenvolvimento de disposições que lhes permitam recombinações originais de recursos disponíveis (Correia, 1998).

Deste modo, o ensino clínico não pode mais ser pensado enquanto aplicação da teoria à prática (paradigma da racionalidade técnica), mas sim como uma oportunidade única para os estudantes construírem o seu saber a partir das reais situações clínicas que experienciam, reconstruindo, no seu repertório pessoal, os conhecimentos a que tiveram acesso na fase teórica do curso.

Este tipo de abordagem, centrado no paradigma do construtivismo, pressupõe uma liberdade de escolha e de adaptação, de práticas centradas no *“aprender fazendo”* que Jonh Dewey (1991; 2001) considera a disciplina básica ou inicial, no sentido da aprendizagem para o profissionalismo, referindo que não se pode ensinar ao estudante aquilo que ele precisa saber, mas pode-se orientá-lo/guiá-lo, pelo que necessitam para isso da ajuda e apoio de profissionais experientes,

conhecedores do contexto clínico e capazes de fazer a “ponte” entre a formação em sala de aula e a que está a ocorrer na área clínica (Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006; Abreu, 2007). Trata-se de uma aprendizagem que incorpora uma intencionalidade emancipatória inscrita nas práticas formativas preocupadas com o desenvolvimento da reflexibilidade partilhada (Correia, 1998).

Aprender a aprender é, então, um eixo estruturante de todo o processo de aprendizagem, em ensino clínico, pois permite que o estudante, futuro profissional de enfermagem, mantenha em aberto uma atitude de aprendizagem permanente e ao longo da vida, com um espírito crítico e reflexivo que lhe permitirão assumir-se com autonomia, criatividade e emancipação no seio da equipa de saúde, bem como o desenvolvimento de uma “*construção discursiva da realidade*” (Correia, 2001: 25) na qual edificam as suas aprendizagens e desse modo se auto-referenciam aos contextos de prestação de cuidados, nos quais são também actores e sujeitos que constroem e atribuem sentido aos seus actos (Correia, 2001).

Na perspectiva de White e Ewan (1997) o ensino clínico possui igual valor académico que o ensino teórico e exige professores/supervisores com experiência e conhecimento necessários para manipular variáveis contextuais na criação de condições de aprendizagem, aplicar material teórico às situações clínicas, integrar conhecimentos das diferentes ciências aos problemas individuais do cliente, seleccionar estratégias para lidar com problemas de aprendizagem dos estudantes e prepará-los para o juízo clínico permanente na prática clínica.

A formação em contexto de prática de cuidados desenvolvendo-se em espaços de formação complexos onde interagem diferentes pessoas é, sem dúvida, essencial para a aprendizagem dos estudantes. Entende-se, assim, o ensino clínico como um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, técnicas de relação interpessoal e crítico-reflexivas, que permitam ao estudante, futuro profissional, dar resposta a cada situação como única (Ferreira, sd). Tal como afirma Martin (1991), o ensino clínico “*é um local privilegiado na formação dos alunos de Enfermagem, permitindo adquirir habilidades para actuar no mundo real em que a profissão acontece*” (p.161). É durante o ensino clínico que os formandos se confrontam com as diferenças entre teoria e prática. É aqui que o aluno pode ampliar o domínio do saber nas dimensões científica, desenvolvendo o saber fazer, que deve estar subjacente a actos técnicos e implementando competências ligadas ao saber ser. É da interligação do saber facultado pelo conhecimento teórico e do saber oriundo do conhecimento prático que o estudante constrói a sua competência profissional.

Sob a orientação dos formadores, os estudantes vão trilhando a direcção de uma autonomização progressiva e de uma maior responsabilização pela sua acção (Alarcão, 1996). Assim, professor e aluno devem procurar a descoberta do saber, desempenhando diferentes papéis, embora reflectindo sobre as práticas quotidianas na busca da capacidade de agir eficazmente em situação, apoiado em conhecimentos sem se limitar a eles. Deste modo, torna-se claro que a definição de estratégias de ensino aprendizagem em contexto de ensino clínico, concebidas e desenvolvidas de modo criativo, crítico e reflexivo, por parte dos professores de

enfermagem, terá que ser considerada, mais que um desafio, uma exigência esclarecida nos processos de formação clínica dos estudantes de enfermagem.

É neste domínio, o domínio da supervisão clínica em enfermagem e sua didáctica, de preocupação docente que temos vindo a trabalhar e investigar, com vista a contribuir para o desenvolvimento de estratégias de supervisão clínica dos estudantes, cuja didáctica se inscreva num paradigma de reflexividade crítica (Sá- Chaves, 1991, 2000a, 2000b; Alarcão, 1996, 2001; Sá-Chaves e Alarcão, 2000).

2.2. PRÁTICAS SUPERVISIVAS

Em Portugal, o conceito de supervisão tem vindo a ser trabalhado no âmbito da formação de professores, como nos documentam Vieira (1993), Alarcão (1996), Sá-Chaves (2000) e Alarcão e Tavares (2003), entre outros. Neste contexto, supervisão é entendida como *“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, 2003:16). Este processo de orientar envolve a mútua colaboração e ajuda entre os agentes envolvidos no processo, numa atitude de diálogo permanente que passa pelo bom relacionamento (*ibidem*, 2003). Sá-Chaves (1999) acrescenta que o processo de supervisão envolve distanciamento entre observador e observado para uma reflexão mais sustentada sobre os fenómenos em causa, e Vieira (1993) considera que a supervisão, *“no contexto da formação de professores, é uma actuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação”* (*ibidem*, 28).

A supervisão, no âmbito da formação de professores, pode desenvolver-se em “cenários”⁵ ou formas possíveis de fazer supervisão que traduzem diferentes perspectivas ou diferentes concepções relativas às questões da formação (Alarcão e Tavares, 2003). Neste sentido, e porque as orientações conceptuais face à formação variam de pessoa para pessoa e de contexto para contexto, os autores deixam três ideias que deverão presidir à supervisão de professores: *“i) O professor é uma pessoa, um adulto, um ser ainda em desenvolvimento, com um futuro de possibilidades e um passado de experiências; ii) O professor, ao aprender a ensinar, encontra-se ele próprio numa situação de aprendizagem; iii) O supervisor é também uma pessoa, também ele, um adulto em desenvolvimento, geralmente com mais experiência; a sua missão consiste em ajudar o professor a aprender e a desenvolver-se para, através dele, influenciar a aprendizagem e o desenvolvimento dos alunos.”* (*ibidem*, p. 42).

Nesta escola de pensamento, os autores situam a supervisão, antes de mais, num processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal contínuo, progressivamente mais diferenciado e complexo de todos os actores envolvidos: o supervisor, o professor e o aluno. No dizer de Sá-

⁵ Isabel Alarcão e José Tavares identificam e caracterizam os cenários: 1) cenário da imitação artesanal; 2) cenário da aprendizagem pela descoberta guiada; 3) cenário behaviorista; 4) cenário clínico; 5) cenário psicopedagógico; 6) cenário pessoalista; 7) cenário reflexivo; 8) cenário ecológico e 9) cenário dialógico.

Chaves, que acrescenta aos cenários de Alarcão e Tavares (2003) o “*cenário integrador*”, o processo supervisivo pela prática da reflexão é “*algo inacabado e susceptível de auto-regulação constante através de uma persistente atitude de questionamento*” (Sá-Chaves, 2002:161).

Relativamente à supervisão clínica, o “*cenário clínico*” referido por Alarcão e Tavares (2003) toma esta designação porque ocorre em situação de práticas de ensino, considerando-se, essas práticas, o domínio clínico no qual a supervisão se processa e portanto não se aplica à supervisão em enfermagem, embora constituam referenciais a considerar no desenvolvimento daquelas práticas.

No âmbito da formação em enfermagem os processos supervisivos, embora sempre presentes nos contextos de formação em práticas de cuidados, só na década de noventa adquirem expressão. Wilson Abreu dá-nos conta de que as concepções de supervisão clínica estão presentes no pensamento de importantes teóricas de enfermagem, tais como: Hildegard Peplau, Betty Neuman, Imogene King, Martha Rogers e Jean Watson (Abreu, 2003) e percebemos que o conceito de supervisão clínica se orienta para a concepção da formação em contextos clínicos enquanto processo de acompanhamento de estudantes e profissionais em situação de formação realizado por profissionais experientes. Quanto ao processo pelo qual se desenvolve, a supervisão clínica em enfermagem é entendida por Nicklin (1997), citado por Abreu (2003), como um ciclo de seis etapas, que comporta o “*objectivo*”, a “*identificação do problema*”, a “*contextualização*”, o “*planeamento*”, a “*implementação*” e a “*avaliação*”, orienta-se no sentido da autonomização progressiva do supervisionado, estudante ou enfermeiro, destacando-se a “*dimensão ecológica do acompanhamento dos sujeitos em formação*” (*ibidem*, p.19).

Quanto ao processo de supervisão, Johns (1995) advoga que esta possa ser efectuada pelos próprios pares ou gestor de cuidados perito, em contexto de práticas clínicas, ou o professor em situações de aprendizagem escolarizada. Alerta, ainda, que o processo de supervisão deverá desenvolver-se por um sistema de contratualização, relação próxima com o supervisionado e focagem na reflexão, usando o questionamento crítico.

Enquanto processo de contratualização, a supervisão clínica é negociada entre ambas as partes, supervisores e supervisionados, de modo a que sejam claros os objectivos da supervisão. Contratar é negociar um trabalho de mútuo acordo entre o supervisionado e o supervisor proposto (Johns, 2004).

Nos processos de formação, a supervisão, inscrita em vários modelos de aprendizagem, desde Vygotsky a Kolb e inquestionavelmente referência em qualquer modelo formativo em enfermagem, constitui “*uma ferramenta insubstituível*” nos processos de “*certificação da qualidade*” em Saúde (Abreu, 2003:40).

No entanto, a revisão da literatura acerca das questões da supervisão clínica em enfermagem, realizada por Santos e Carrageta (2005), no âmbito dos estudos desenvolvidos na Unidade Transdisciplinar de Investigação em Supervisão (UTIS) na Universidade de Aveiro, revela a existência de um conjunto variado de termos que, em muitas circunstâncias, traduzem o mesmo significado, mas que, quando agrupados, permitem a leitura de um conceito mais globalizante. O

conceito de supervisão clínica inclui várias vertentes que permitem a sua leitura nas dimensões: Processo, Contexto, Actores, Resultados e Estrutura (quadro 1).

Quadro 1. Dimensões e conceitos de supervisão clínica em enfermagem

DIMENSÕES	CONCEITOS
Processo	Supervisão clínica
Contexto	Ensino Clínico: Formação inicial Prática clínica: Formação contínua
Actores	Supervisor: Professor Supervisor: Enfermeiro Formando (Estudante e/ou Enfermeiro) Utente/ Cliente
Resultados	Qualidade Competência
Estrutura	Parceria.

Fonte: Santos e Carrageta (2005)

A dimensão “processo de supervisão” refere-se, na literatura, fundamentalmente ao conceito de supervisão clínica. Esta é considerada enquanto “*relação centrada na prática envolvendo os profissionais, individualmente ou em grupo, na reflexão sobre a prática orientada por um supervisor habilitado*” (UK Central Council for Nursing); bem como “*processo através do qual as enfermeiras podem rever a sua prática, desenvolver e melhorar habilidades e conhecimentos e manter e aumentar padrões de cuidados*” (King’s Fund Nursing Development Unit, 1994).

A supervisão clínica é encarada como um processo de apoio profissional, de capacitação individual do profissional para desenvolver conhecimentos e competência, assumir responsabilidade e assegurar a protecção e a segurança dos clientes. Desenvolve-se na “*interacção com profissional competente com vista à melhoria das práticas no futuro*” (Cheater e Hale, 2001, citados por Santos e Carrageta, 2005:9). É vista também como uma actividade de gestão (Winstanley e White, sd.).

No âmbito do ensino clínico (Formação Inicial), a supervisão é entendida como “*Processo de observação do estudante de enfermagem e participação na acção por ele desenvolvida. Compreende a observação, anotação de aspectos de desempenho para posterior discussão, modelização da função, instrução, apoio nos cuidados pela definição ou ajustamento do equipamento ou falando com o cliente e feedback imediato, se adequado para a protecção do cliente e/ou do estudante*” (White e Ewan, 1997: 10). No âmbito da formação contínua (Supervisão Clínica em Prática Clínica) é considerada o “*Processo de acompanhamento focalizado, envolvendo uma reflexão sobre a prática*” (UKCC, 1996, citado por Abreu, 2003); ou o “*Processo formal de apoio e aprendizagem profissional que permite o sujeito desenvolver conhecimento e competência, assumir responsabilidade pela sua prática e realizar com segurança e protecção do cliente os cuidados em situações clínicas complexas. É central para o processo de aprendizagem e para a expansão do alcance da prática devendo ser vista como meio de encorajar a auto-*

avaliação e as habilidades analíticas e reflexivas (NHS Executive, 1993, citado por Abreu, 2003) ” (Santos e Carrageta, 2005:10).

A dimensão contexto de supervisão refere-se aos níveis de aprendizagem na qual ocorre a formação inicial ou a formação contínua. Na formação inicial o supervisor/tutor pode trabalhar a “zona de desenvolvimento proximal”, definida por Vygotsky (Dahms et al, 2007), do estudante interpretando a relação supervisiva como uma relação de parceria, na qual o tutor e o formando trabalham com o mesmo objectivo, deixando bem claras as suas opções e estratégias didácticas, bem como recorrendo a estratégias psicopedagógicas para dar segurança ao estudante, motivá-lo para a aprendizagem e favorecer a sua autonomia (Orga, 2004, citado por Abreu, 2007). Deste modo, a supervisão é sempre o espaço de desenvolvimento do formando, não um espaço organizacional, embora saibamos que a organização pode configurar esse espaço (Johns, 2004).

Quanto aos actores, estes podem ser: i) o supervisor professor, considerado um *“profissional competente/experiente/perito quer ao nível da prática clínica quer do ensino clínico e capaz de direccionar o estudante para uma aprendizagem positiva” [...] que inclui as funções docentes ligadas à escola e à orientação/supervisão de estudantes em ensino clínico*; ii) o supervisor enfermeiro *“Profissional de enfermagem competente seleccionado para assistir, guiar, aconselhar e orientar a aprendizagem clínica de estudantes de enfermagem, a integração de novos enfermeiros e/ou o desempenho profissional ao nível das práticas e ao nível da formação contínua*”; iii) o formando estudante, entendido como *“Estudante de enfermagem em período de formação inicial durante a qual realiza períodos de aprendizagem clínica em contextos de prestação directa de cuidados, com finalidades orientadas para o desenvolvimento do pensamento crítico, do raciocínio clínico, da tomada de decisão clínica, das habilidades de resolução de problemas, da comunicação assertiva, da aprendizagem de habilidades e desenvolvimento de competência pessoal e profissional*”; iv) o formando enfermeiro que é um *“Profissional de enfermagem em início de carreira, mudança de serviço ou processo de desenvolvimento durante o qual realiza períodos de aprendizagem clínica supervisionada com finalidades orientadas para o desenvolvimento do pensamento crítico, do raciocínio clínico, da tomada de decisão clínica, das habilidades de resolução de problemas, da comunicação assertiva, da aprendizagem de habilidades e desenvolvimento de competência pessoal e profissional”* e ainda v) o utente/cliente, considerado uma *“Pessoa singular ou grupal (famílias e/ou comunidades), sujeito de cuidados de saúde/enfermagem, em situação de saúde (processo de vida) ou de doença, nos quais participa activamente quer pela expressão das suas necessidades específicas e singulares quer pela co-responsabilização na planificação do processo cuidativo”* (Santos e Carrageta, 2005:11-12).

A dimensão resultados orienta-se no sentido da competência, enquanto capacidade presente na acção e que se expressa na habilidade para agir em situações complexas. Envolve a mobilização de recursos pessoais e organizacionais ajustados à complexidade de cada situação. É a arte de navegar no desconhecido, com auto responsabilização e segurança para si e para o cliente. Inclui conhecimento, habilidades e relação ajustada à situação e qualidade, vista como: *“Processo de assegurar cuidados de saúde com atributo de qualidade, por comparação com*

standards (normas e critérios) reconhecidos cientificamente de modo a assegurar a segurança dos clientes e prestadores” (Abreu, 2003). A qualidade da formação está directamente relacionada com a qualidade da prática. Envolve a *Estrutura*, que inclui “*peritos, circuitos, registos, ...*,” o Processo, enquanto “*racionalização, auditoria; monitorização; comparação; supervisão das práticas; gestão da mudança; avaliação*”; e os Resultados, centrados na “*promoção da segurança e satisfação dos clientes e prestadores com vista à creditação, certificação e excelência das práticas*” (Santos e Carrageta, 2005: 12-13).

A dimensão Estrutura é percebida como ambiente de parceria, sendo a parceria considerada um conjunto de “*Actores organizados em torno de um projecto relativamente preciso, articulados com uma sinergia institucional que se inscreve numa lógica associativa, o que permite extrair benefícios comuns*” (Fonteneau, 1996), bem como um “*processo estruturante da formação e mais valia para a qualidade do ensino, mudanças organizacionais e formação contínua dos enfermeiros*” (Abreu, 2003). É também apontada enquanto “*processo de articulação e cooperação muitas vezes designado por partnership*” (Santos e Carrageta, 2005: 13).

Em todas as dimensões de supervisão percebidas pelas autoras, quer se trate da supervisão enquanto processo, contexto no qual ocorre, actores envolvidos, resultados para os quais se orienta ou a estrutura que a suporta, um elemento emerge e é transversal nestas dinâmicas: a reflexão. A reflexão evidencia-se como estratégia processual da supervisão clínica em contexto quer de formação inicial (ensino clínico) quer na formação contínua (prática clínica profissional), emergindo com especial relevância nos modos com são percebidos os actores que intervêm no processo supervisivo. Denota-se, então, que a reflexão terá que ser entendida enquanto elemento estruturante dos processos de aprender e de aprender a aprender nos contextos de supervisão clínica em enfermagem, bem como nos contextos de aprendizagem mais formal, como são as salas de aula e laboratórios de aulas práticas.

Veilleux (1998) considera que a reflexão e a formação constituem duas bússolas que podem ajudar a traçar o itinerário de uma viagem em direcção à compreensão renovada da natureza dos cuidados de enfermagem. A reflexão ajuda a descortinar o aprendido para procurar novas vias, permitindo diferenciar valores aos quais atribuímos pouca importância daqueles que estão efectivamente na origem dos nossos actos.

Todd (2005) advoga a prática reflexiva como modelo para a supervisão clínica, pois o supervisionado, aprendendo a reflectir sobre a acção pela lembrança e reconstrução de eventos passados com o objectivo de aprender a partir das suas experiências, desenvolve uma nova compreensão dele próprio e da situação e através do processo de supervisão clínica aprende a reflectir na acção.

O autor propõe um conjunto de postulados para a reflexão guiada como modelo para a supervisão clínica, a saber:

- a) *“O supervisionado tem a capacidade para a prender como ser supervisionado e pode assumir a responsabilidade pelo seu papel na supervisão clínica.*
- b) *O supervisionado tem a capacidade de ser colaborativo.*

- c) O *supervisado* é um técnico com habilidades competentes.
- d) O viés *subjectivo* da reflexão sobre a acção é a realidade do *supervisado* no presente.
- e) O *prático reflexivo* tem a capacidade de ser aberto e honesto na partilha de pensamentos, emoções e comportamentos.
- f) O *prático* através da reflexão desenvolve uma maior consciência de si em relação a si mesmo, aos outros e em relação ao mundo.
- g) O desenvolvimento da *meta-consciência* de pensamentos e de acções menos adequadas tem impacto na mudança positiva do comportamento.
- h) O *prático* tem a capacidade de desenvolver múltiplas habilidades de reflexão a partir da reflexão sobre a acção para a reflexão na acção e reflecte sobre o conteúdo e processo.
- i) O *prático reflexivo* desenvolve um elevado sentido de saber no qual o processo de reflexão é integrado como parte do eu.” (Todd, 2005: 39).

Relacionado com estas assunções relativas ao processo supervisivo enquanto meio de passar da reflexão sobre a acção para a reflexão na acção Todd (2005) sugere a utilização de métodos de supervisão clínica complementares à reflexão guiada, nomeadamente o *role play* incluindo a modelização/demonstração de habilidades; o uso de gravações *áudio/vídeo da prática clínica* para promover a reflexão; a *observação directa da prática* e o uso de *trabalhos de casa* durante as sessões de supervisão clínica (*ibidem*, p. 41). Deste modo, na perspectiva do autor, aliando a reflexão guiada a processos de supervisão clínica o formando poderá apresentar e evoluir de modo mais eficaz e efectivo no seu processo de aprendizagem em contextos de práticas de cuidados.

Em síntese podemos referir que:

- A supervisão em contextos clínicos envolve as dimensões de processo, contexto, actores envolvidos, estrutura e resultados;
- Quanto ao processo de supervisão clínica, este pode considerar-se como sistema formal de apoio e aprendizagem do formando que permite o sujeito (estudante e/ou enfermeiro) desenvolver conhecimento e competência, assumir responsabilidade pela sua prática e realizar com segurança e protecção do cliente/utente os cuidados em situações clínicas complexas. Pode ser considerado um processo central para o processo de aprendizagem e para a ampliação do alcance da prática devendo ser vista como meio de encorajar a auto-avaliação e as habilidades analíticas e reflexivas;
- Os contextos nos quais ocorre a supervisão clínica são os contextos ligados à formação inicial (supervisão em ensinamentos clínicos) e os contextos de formação contínua de enfermeiros (supervisão de práticas clínicas);
- Os actores envolvidos no processo, em contexto de supervisão em ensino clínico, são o supervisor professor, o supervisor enfermeiro – habitualmente designado de *tutor* ou *mentor*, o formando (estudante) e o utente/cliente dos cuidados. Em contexto de

supervisão em prática clínica temos, habitualmente, o supervisor enfermeiro, o formando enfermeiro e o utente/cliente;

- Quanto aos resultados, enquanto finalidades perseguidas pelo processo de supervisão em qualquer dos contextos, estes orientam-se para a construção/desenvolvimento de competência pessoal e profissional e qualidade no âmbito dos cuidados praticados e serviços de saúde;
- O desenvolvimento do processo de supervisão, nas suas várias dimensões e vertentes, envolve a articulação interinstitucional para o estabelecimento de parcerias;
- O processo de supervisão deverá ocorrer em simultâneo com o desenvolvimento de processos de reflexão, sejam de reflexão sobre a acção sejam de reflexão na acção.

Pelo exposto, é condição primeira para o desenvolvimento dos processos formativos em enfermagem possuir conhecimento teórico sustentado acerca da educação em enfermagem e dos processos educacionais que suportam e dão sentido às práticas formativas que se pretendem geradoras e potenciadoras de profissionais autónomos, emancipados, criativos e reflexivos nos processos cuidadosos. Nesse sentido, abordaremos de seguida paradigmas da educação e teorias de aprendizagem centrados no formando para compreender do modo mais profundo como é que o estudante pode aprender em contextos de práticas de cuidados.

3. PARADIGMAS E TEORIAS DE APRENDIZAGEM

Quando pretendemos descrever os processos de formação do homem, considerando práticas de formação as acções de aprendizagem em que o sujeito em formação é sempre um sujeito em aprendizagem na interacção consigo próprio e com o que o rodeia, podemos fazê-lo considerando, pelo menos, duas diferentes perspectivas.

Se nos posicionamos numa lógica de aprendizagem como instrumento ao serviço de situações de carácter uniforme, indiferenciado, estável e previsível, sustentamos uma perspectiva tecnicista, instrumental, na qual o ensino e a aprendizagem são concebidos como tarefas de aplicação da teoria à prática, ou seja uma formação orientada para a tecnicidade e utilitarismo⁶ (Vieira, 1993; Correia, 1997; Sá-Chaves, 2000a). Pelo contrário, se privilegamos o desenvolvimento pessoal e profissional do sujeito em interacção com a experiência, posicionamo-nos numa perspectiva de construção da aprendizagem em que a lógica de formação é orientada para a qualidade da organização e das interacções comunicacionais, na qual o desenvolvimento da polivalência é encarado como meio para saber enfrentar com confiança e eficácia as incertezas e a complexidade das situações que caracterizam o mundo contemporâneo (Alarcão, 1991; 2001; Correia, 1997; Sá-Chaves, 2000a; Domenjó, 2006; Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006). Nesta asserção *“a formação não é apenas uma instância de mediação das relações formador/formando ou equipa de formadores/grupo de formandos, mas uma instância de auto-mediação do formando com o seu mundo subjectivo, mediador do grupo de formação com as suas subjectividades, mediador do grupo com um projecto de acção através do qual ele se exterioriza”* (Correia, 1997: 25).

Nas duas perspectivas de formação apontadas diferem as abordagens de processo, nas quais o formador pode fazer a diferença conforme se posicione nos processos de condicionamento para os modos de construção das respostas e de integração das novas respostas, que designaremos a seguir por “paradigma da racionalidade técnica”, ou se posicione nos processos construtivistas para a construção e mobilização de respostas adequadas e ajustadas à situação experienciada pelo indivíduo, que designaremos por “paradigma do construtivismo”.

Deste paradigma emerge uma concepção de carácter mais reflexiva e crítica, designada por “paradigma reflexivo ou da reflexividade crítica” (Sá-Chaves, 2000a) que mais à frente, neste capítulo, aprofundaremos.

3. 1. PARADIGMAS DE EDUCAÇÃO

Os paradigmas da educação, entendidos enquanto modelo, exemplo ou padrão que norteia a conceptualização e operacionalização dos processos educativos têm o seu fundamento em

⁶ Utilitarismo considerado na perspectiva heideggeriana como o carácter puramente pragmático do mundo no qual vive o ser quotidiano enquanto sistema de moral que toma por princípio “o útil ou o princípio da maior felicidade” (Cuvillier, 1973: 181).

diferentes epistemologias. Abordaremos, sucintamente, os paradigmas da racionalidade técnica, do construtivismo e paradigma reflexivo a partir dos quais faremos uma incursão a diferentes teorias da aprendizagem centradas no formando, de modo a compreendermos os processos de aprendizagem e (re) construção dos saberes pelo sujeito em situação de aprendizagem clínica.

Paradigma da Racionalidade Técnica

O paradigma da racionalidade técnica é sustentada pela epistemologia⁷ da prática que deriva da filosofia positivista e se constrói nos princípios da investigação universitária mais tradicional. Defende a ideia de que os profissionais da prática resolvem problemas instrumentais pela selecção dos meios técnicos mais adequados (Schön, 1992).

Deste modo, a concepção de que a aprendizagem do conhecimento científico de base e a aprendizagem de como aplicá-lo, assim como as atitudes e habilidades necessárias para o fazer adequadamente têm, tradicionalmente, orientado os processos de ensino/aprendizagem.

Este paradigma tem por base as teorias de aprendizagem por condicionamento. A aprendizagem por condicionamento é assim entendida sempre que surge um comportamento novo desencadeado de forma involuntária sob a influência de um sinal em princípio proveniente do meio (Berbaum, 1993).

O condicionamento designa, então, uma forma de mobilização da resposta, resposta essa condicionada por uma dada situação. Designa, também, um modo de construção da resposta a partir da relação entre a situação e o tipo de comportamento esperado, em que a vontade do sujeito se situa ao nível da execução do acto global, segundo cadeias de comportamentos mobilizados por condicionamento, no qual opera como sinal a linguagem falada. O condicionamento pode ser realizado na sua forma mais simples, o condicionamento respondente, no qual o sujeito actua reflexamente, ou o condicionamento operante ou instrumental no qual o sujeito aprende o comportamento desejado. Para que este processo de aprendizagem se realize é necessário que os indivíduos sejam colocados em situação de acção com recurso à recompensa e ocasiões para proceder a generalização, discriminação e diferenciação das respostas. Este tipo de aprendizagem envolve, muitas vezes, a tentativa e erro, como nos é referido por Berbaum (1993).

Berbaum (1993) refere também que o ensino, nesta perspectiva, é um ensino programado, tendo por fim levar o aluno a construir as respostas a partir das informações que lhe são propostas. O princípio do ritmo de progressão individualizado permite adequar os programas às características dos formandos, de modo a que o sujeito construa o comportamento esperado no fim da formação.

Nesta asserção, à escola, cabe-lhe proporcionar instrução e educação e o professor, encarado como guia e modelo do aluno, é o executor incondicional (princípio do magistrocentrismo) do programa mantendo com o aluno uma relação autoritária e distante. O aluno é um ser dócil e passivo, que não tem sentido crítico suficiente para separar a verdade do

⁷ Do grego *episteme*, ciência, e *logos*, estudo, pelo que em sentido estrito é “Estudo do conhecimento científico sob o ponto de vista crítico” (Cuvillier, 1973: 71).

erro, pelo que o recurso a outras fontes de conhecimento, que não os manuais predefinidos, não é bem aceite (Rocha, 1988).

Esta concepção do ensino encara a realidade de modo previsível, estável e com limites bem definidos, em relação à qual o sujeito pode ser preparado para responder cabalmente às situações que se lhe apresentem, pelo que os processos de ensino-aprendizagem tradicionais têm, de certo modo, seguido a compartimentarização dos saberes, que tem sido expresso no tipo de organização curricular de carácter exclusivamente disciplinar, com programas estanques nas diferentes disciplinas e a separação entre aquilo que é considerado consciente/objectivo e inconsciente/subjectivo por razões atribuídas ao rigor científico (Tavares, 1992).

A premissa da racionalidade técnica – rigor – gera um currículo normativo, que apresenta em primeiro lugar as ciências básicas pertinentes, seguidas das ciências aplicadas e finalmente a prática, na qual se supõe que o estudante aprenda a aplicar o conhecimento adquirido.

É uma visão técnica, instrumental e tradicional da formação, que Lesne (1984), considerando o trabalho pedagógico em formação de adultos, designa por “*modo de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa*” ou MTP1 (p.47).

O conhecimento adquirido neste modelo acompanha, muitas vezes, aquilo que é pertinente na prática, mas esta mudando constantemente de contornos instala-se o tão falado desfasamento teoria-prática.

No entanto, embora com muitas críticas, este paradigma pode constituir uma resposta adequada para determinadas situações mais simples e finalizadas (Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006), podendo ser um bom complemento para uma aprendizagem que se conceba de carácter mais cognitivista/construtivista, como é advogado pelas correntes pedagógicas da *Escola Nova* (Rocha, 1988) que a seguir vamos referir.

Paradigma do Construtivismo

O construtivismo, como concepção de aprendizagem, não é um processo passivo. Neste paradigma o papel desempenhado pelo sujeito na elaboração das respostas esperadas enquanto processos construídos entre o indivíduo e o meio, significa que nada, em rigor, está pronto, acabado, e de que, especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado (Sá-Chaves, 2002; Domenjó, 2006).

De acordo com a teoria de Jean Piaget, a construção do conhecimento ocorre quando acontecem acções físicas ou mentais sobre objectos que, provocando o desequilíbrio, resultam em assimilação ou, acomodação e assimilação dessas acções e, assim, em construção de esquemas ou conhecimento.

A aprendizagem corresponde então ao desenvolvimento de uma representação da situação no seu conjunto por parte do sujeito, que é interveniente efectivo na situação de aprendizagem, construindo e reconstruindo o seu conhecimento (Domenjó, 2006). A percepção, enquanto “*função por meio da qual o sujeito forma uma representação dos objectos exteriores*” (Cuvillier, 1973:138-139) é o elemento determinante desta aprendizagem.

Os modelos de orientação construtivista apontados por Berbaum (1993) são:

I. Modelo das práticas centradas no desenvolvimento das funções mentais, ilustrado pelos trabalhos de Piaget;

II. Modelo das práticas centradas no interesse dos formandos, ilustrado pelos modelos de aprendizagem de Paulo Freire e Freinet;

III. Modelo das práticas centradas na iniciativa dos formandos, no qual o envolvimento pessoal na escolha do conteúdo e experiências para a sua formação e o papel de formador como facilitador são características importantes, como é ilustrado pelas práticas não directivas de Rogers;

IV. Modelo das práticas centradas na inserção social, modelo este orientado para a formação profissional com práticas de formação em alternância, como as praticadas nas escolas Waldorf, onde se privilegia o desenvolvimento da sensibilidade e o contacto com as realidades sociais.

O que desperta a atenção no conjunto destes modelos é a abertura dos objectivos. Parecem mais centrados na aquisição de atitudes, de maneiras de ser, do que em comportamentos bem definidos, o que é sobreponível ao “*modo de trabalho pedagógico de tipo incitativo, de orientação pessoal*” (MTP 2) e ao “*modo de trabalho pedagógico de tipo apropriativo, centrado na inserção social*” (MTP 3) apresentados por Lesne (1984). Nestes, a pessoa é o sujeito da sua própria formação, pela pedagogia do «formando-se» ou «educando-se», com recurso aos métodos activos em que as condições das situações reais constituem o ponto de apoio do trabalho pedagógico (Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006).

O MTP 2 orienta-se para a promoção do desenvolvimento pessoal, numa lógica do saber em construção, relação simétrica com o poder, formadores enquanto animadores/orientadores e com efeitos sociais de adaptação às exigências de funcionamento social existentes.

O MTP 3, por sua vez, enfatiza a transformação social pelo desenvolvimento de uma consciência crítica e de intervenção, numa lógica de sujeito “*agente de influências sociais*” (Lesne, 1984, p.237). O local de trabalho pedagógico é o contexto real, em que a relação com o saber é de ruptura com o senso comum e o exercício do poder é simétrico, horizontal e em equipa e o formador é «facilitador» no sentido de ajudar os formandos a desenvolver a capacidade de modificarem as condições de exercício das suas actividades quotidianas.

Este paradigma desafia o objectivismo, que está impregnado da noção de que o conhecimento e a verdade existem fora da mente do indivíduo, considerando a aprendizagem como um processo subjectivo e sugerindo que se deve experienciar o mundo para conhecê-lo (Domenjó, 2006).

Nesta asserção da formação e na sequência da *teoria da reflexão* de Donald Schön, alguns investigadores portugueses, nomeadamente Isabel Alarcão e Idália Sá-Chaves, no âmbito da formação de professores e mais recentemente também na formação de profissionais da saúde, desenvolvem um outro paradigma, o *paradigma reflexivo* também designado por *paradigma de reflexividade crítica* (Sá-Chaves, 1991, 2000a, b; Alarcão, 1996, 2001; Sá-Chaves e Alarcão, 2000) que passamos a apresentar.

Paradigma Reflexivo ou da Reflexividade Crítica

O paradigma reflexivo vem (re)centrar o discurso e os processos de formação de âmbito profissional no conceito de profissional competente. Este profissional deverá formar-se conjugando saberes referenciais e conhecimento de situações que lhe permitam responder à multiplicidade e indeterminação contextual numa perspectiva de elaboração de soluções não estandardizadas (Sá-Chaves, 2000a). Desta forma, o profissional dota-se de competência pela procura de determinação da ecologia circunstancial, que se trata de um pensar estimulante, desafiador e de procura, no quadro de soluções sempre múltiplas, aquela ou aquelas que melhor satisfaçam a necessidade de agir na situação concreta.

Esta procura desafiante inscreve-se no conceito de *reflexividade crítica* que tem como objectivo estimular nos formandos mecanismos de desenvolvimento pessoal e profissional.

Sá-Chaves (1991, 2000a, b), Alarcão (1996; 2001) e Rodrigues, Pereira e Ferreira (2006) defendem, neste paradigma, a importância dos contextos, das situações, da identidade própria e circunstâncias como geradores no formando de condições de transferibilidade constante, pela reconceptualização de atitudes e de práticas. Este paradigma forma para o incerto e para o instável, para o dinâmico e o imprevisível, para o desconhecido e para a capacidade de o afrontar.

Sá-Chaves (2000a) situa-se nas dimensões do conhecimento profissional do professor do tipo reflexivo propostas por Lee Shulman (1987) e Freema Elbaz (1988) para explicitar os componentes metareflexivo e metaprático deste profissional. Destaca a dimensão conhecimento sobre si próprio pela possibilidade que encerra de cada formando identificar, conhecer e controlar conscientemente as múltiplas dimensões inerentes ao acto pedagógico.

Este paradigma sustenta a concepção de pessoa como ser em transformação, com possibilidade de desenvolvimento e a concepção de ecologia de situações que, naquilo que é pré-determinável, é possível influir na sua transformação nas dimensões tidas como fundamentais ao processo de construção de saberes científicos, pedagógicos e/ou técnicos e à emergência de atitudes cada vez mais conscientes quanto à cultura, à ética e aos valores fundamentais. Considera também, e principalmente, o conceito de formação reflexiva considerada como a auto-implicação do sujeito no esforço individual de crescimento, com estratégias de partilha e sentido integrador e significativo do todo.

A formação reflexiva encerra assim uma nova dimensão do conhecimento. O não-saber ou a impossibilidade de saber tudo e a constatação de um espaço de incompletude e de ignorância que se traduz no fortalecimento do saber profissional, pois força o que já se sabe a reconstruir-se e leva à transfiguração sempre que passado o registo de enunciação ao registo da acção, pela força criativa das dúvidas e efeito multiplicador das diferenças (Sá-Chaves, 2002).

Esta dimensão ignorância corresponde à imprevisibilidade contextual da acção prática que só é definitivamente apreensível no exacto momento da acção, o que subentende um exercício reflexivo lógico entre o conhecido e o desconhecido, a produção no local e um saber sempre novo, porque único. A dimensão ignorância prefigura a dimensão agir que é pensar (Sá-Chaves, 2000a).

Com esta nova epistemologia da prática, ou seja, com a concepção de que os contextos interferem na prática (Schön, 1992), importa identificar novas posturas de formação que desafiem e ajudem os futuros profissionais a responderem, de forma segura e consistente às, sempre novas, exigências colocadas pelos diferentes contextos de acção em que se integram ou poderão vir a integrar-se.

Nesta perspectiva, Tavares (1994) considera que a reflexão sobre a praxis afigura-se como um importante momento de mediação entre a teoria e a prática pois ajuda a integrar a quantidade de saberes provenientes de diferentes campos. Propõe, assim como Sá-Chaves (1991, 2000a), Vieira (1993) e Alarcão (1996, 2001a; 2003), entre outros, a construção de uma verdadeira *prática reflexiva* a partir da qual o saber permita ao formando situar-se no mundo que o rodeia tendo consciência de que o compreende e nele pode intervir activamente porque se conhece a si próprio como ser pensante e actuante e conhece os referentes que lhe permitem interpretá-lo na sua constância, mas também no dinamismo das suas transformações.

É nesta concepção da educação, considerada *uma nova epistemologia da prática*, que o conceito de prática reflexiva se coloca, enquanto necessidade de reflexão sobre as funções e competências pessoais e profissionais, sobre as implicações das acções pessoais sobre si mesmo como pessoa e profissional e sobre os outros, com a consideração dos aspectos de carácter social, moral e ético e, também, sobre a natureza e tipos de conhecimento que subjazem a tais acções.

3.2. TEORIAS DE APRENDIZAGEM CENTRADAS NO FORMANDO

A aprendizagem que ocorre num determinado contexto educacional é contingente à conceptualização de aprendizagem nesse contexto. As concepções e abordagens sobre a aprendizagem utilizadas pelos alunos podem ser descritas e compreendidas, sendo que as concepções de aprendizagem são definidas como representações sobre o fenómeno da aprendizagem na consciência (Marton *et al.*, 2004).

O sujeito de aprendizagem planeia acções para conseguir determinados fins ou consequências e monitoriza o desenvolvimento da acção para avaliar a sua efectividade, atribuindo sentidos ao contexto no qual age pela construção de representações mentais de conceitos e estes por sua vez guiam o delineamento da acção (Argyris e Schön, 1974). Pela monitorização da efectividade da acção, o indivíduo também monitoriza a adequação das suas representações do contexto no qual age. A construção de representações do contexto e prescrições de acções, que são designadas para a consecução de resultados esperados são conhecidas como teorias da acção.

Lowe e Kerr (1998) referindo-se a Marton e Saljo, (1976) e Newble e Entwistle (1986) referem dois tipos de aprendizagem construída pelo sujeito dependentes dos processos e estratégias utilizadas para a sua construção: a aprendizagem de “superfície”, que favorece a memorização de factos e concentra-se em passar os testes e exames e a aprendizagem em

“profundidade”, cuja preocupação em saber o porquê das coisas e determinar o seu significado constituem factores centrais (Marton e Saljo, 1976; Newble e Entwistle, 1986, citados por Lowe e Kerr, 1998). Os mesmos autores assinalam nestes processos de aprendizagem, diferentes modos de aprender, como sejam a aprendizagem de conhecimento de base factual relativa a conhecimentos ensinados em seminário/sala de aula, a aprendizagem de conhecimento prático e a aprendizagem de conhecimento experiencial, salientando que a experiência pessoal associada à aprendizagem formal resultam em aprendizagem em profundidade (Entwistle e Ramsden, 1983, citados por Lowe e Kerr, 1998).

Deste modo, cabe à escola desenvolver estratégias para incrementar o uso dos processos internos, biológicos e sociais dos estudantes no seu processo de aprendizagem. Os estudantes precisam, acima de tudo, de aprender a aprender. A compreensão e a criatividade necessitam ser estimuladas para que o conhecimento seja transferido para as questões práticas do quotidiano, para que possam agir com autonomia, fazendo escolhas de acordo com as suas aspirações e valores pessoais e se tornem cidadãos interventivos. Neste sentido, consideramos as teorias de aprendizagem significativa de David Ausubel, a teoria da aprendizagem experiencial de David Kolb, a teoria de aprendizagem Sócio-Cultural de Lev Vygotsky e a teoria de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner, enquanto teorias que dão corpo ao quadro de referências teóricas que mais pertinentemente sustentam o processo de aprendizagem construído pelos estudantes em contexto clínico, as quais passamos a descrever.

Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel

A aprendizagem pode ser vista enquanto processo de natureza cognitivo, considerando o armazenamento organizado de informações; afectivo, quando decorre de sinais internos do indivíduo, como prazer, dor ansiedade; ou psicomotora, tendo por base as respostas de natureza muscular, como sejam o treino e a prática.

A teoria de aprendizagem significativa de David Ausubel centra-se sobretudo na componente cognitiva da aprendizagem, sendo uma teoria voltada para a explicação de como ocorre a aprendizagem de *corpus* organizados de conhecimento que caracterizam a aprendizagem cognitiva em contexto escolar (Neto, 2006), bem como a organização e interacção com o material de aprendizagem na estrutura cognitiva do indivíduo (Dionísio e Moreira, 1975; Moreira, 2000; Costa e Moreira, 2001; Ausubel, 2003).

A aprendizagem, nesta teoria, processa-se por **assimilação** de significados, ou seja é o processo através do qual uma nova informação (um novo conhecimento) se relaciona de maneira **não arbitrária** e **substantiva** (não-literal) à estrutura cognitiva do aprendiz. É no decurso da aprendizagem significativa que o significado lógico do material de aprendizagem se transforma em significado psicológico para o sujeito e o conhecimento prévio fica mais rico, mais diferenciado, mais elaborado em termos de significados, e adquire mais estabilidade (Dionísio e Moreira, 1975; Moreira, 2000; Moreira *et al.*, 2001; Ausubel, 2003).

Para que ocorra aprendizagem significativa são necessárias duas condições (Ausubel, 2003). Em primeiro lugar, o aluno precisa ter uma disposição para aprender. Se o indivíduo quiser memorizar o conteúdo de modo arbitrário e literalmente, então a aprendizagem será mecânica. Em segundo, o conteúdo escolar a ser aprendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, ele tem que ser lógico e psicologicamente significativo: o significado lógico depende somente da natureza do conteúdo, e o significado psicológico é determinado pela experiência que cada indivíduo tem, relativa a esse conteúdo. Cada aprendiz faz uma filtragem dos conteúdos que têm significado ou não para si próprio (Pelizzari, *et al.* 2002; Ausubel, 2003).

Com esse duplo marco de referência, as proposições de Ausubel partem da consideração de que os indivíduos apresentam uma organização cognitiva interna baseada em conhecimentos de carácter conceptual, sendo que a sua complexidade depende muito mais das relações que esses conceitos estabelecem em si, que do número de conceitos presentes (Moreira, 2000).

Constituem pressupostos, nos quais se funda a teoria da aprendizagem significativa, o pressuposto da **não-arbitrariedade**, ou seja, o material potencialmente significativo relaciona-se de maneira não-arbitrária com o conhecimento já existente na estrutura cognitiva do aprendiz. Este relacionamento não é com qualquer aspecto da estrutura cognitiva, mas sim com *conhecimentos especificamente relevantes*, os quais Ausubel chama *subsunçores* (Moreira, 2000; Novak, 2001; Ausubel, 2003; Neto, 2006). O conhecimento prévio serve de matriz ideacional e organizacional para a incorporação, compreensão e fixação de novos conhecimentos quando estes “se ancoram” em conhecimentos especificamente relevantes (subsunçores) preexistentes na estrutura cognitiva. A substantividade significa que o que é incorporado à estrutura cognitiva é a substância do novo conhecimento, das novas ideias, e não as palavras precisas usadas para expressá-las. Na perspectiva ausubeliana, o conhecimento prévio (a estrutura cognitiva do aprendiz) é a variável crucial para a aprendizagem significativa (Moreira *et al.*, 2001; Ausubel, 2003; Neto, 2006).

O segundo pressuposto, a **presença de ideias relevantes na estrutura cognitiva do aluno**, requer que o aluno possua, de facto, essas ideias na sua estrutura cognitiva (subsunçores) para que possa relacionar, de forma substantiva e não-arbitrária o novo conteúdo àquilo que já conhece (Moreira, 2000; Moreira *et al.*, 2001; Novak, 2001; Ausubel, 2003).

Finalmente, a aprendizagem significativa pressupõe **material de aprendizagem potencialmente significativo**, ou seja, um material que possa ser relacionado à estrutura cognitiva do sujeito. Deste modo, um material ou tarefa de aprendizagem para ser potencialmente significativo depende da sua própria natureza, bem como da natureza da estrutura cognitiva do aluno (Neto, 2006). Quanto à sua natureza, o material a ser aprendido deve possuir significado lógico para poder ser relacionado com as ideias do aluno, ocorrendo uma relação não-arbitrária interactiva entre o mesmo e os diferentes subsunçores presentes na estrutura cognitiva do sujeito. Este processo ocorre se houver disposição por parte do aluno para essa interacção, acontecendo então construção de conhecimento, por assimilação ao conteúdo cognitivo pré existente (Pelizzari *et al.*, 2002; Ausubel, 2003; Neto, 2006).

No modelo teórico proposto por Ausubel, Neto (2006) refere que a “*assimilação explica a facilidade na aprendizagem e a retenção, a extensão do intervalo de retenção, a organização do conhecimento em forma de diferenciação progressiva e a assimilação obliterativa*” (p. 120). Os conteúdos/situações a serem assimilados implicam a reorganização do conhecimento preexistente e dos próprios conteúdos que estão a ser assimilados, de modo a que as semelhanças e diferenças possam ser exploradas e o novo conhecimento seja assimilado em diferenciação progressiva. No entanto, quando a assimilação se torna obliterativa, conteúdos de pouco poder explicativo perdem a sua força de dissociabilidade, ficando como ideias discretas indissociáveis das ideias subsunçoras que as incorporam (Novak, 2001; Ausubel, 2003).

A estrutura cognitiva possui, ainda, algumas propriedades que afectam positivamente a aprendizagem significativa, ou seja a disponibilidade de ideias subsunçoras (ideias prontas a serem utilizadas) a um nível apropriado de inclusividade, a discriminação entre essas ideias (possibilidade de disjunção), o novo material a ser aprendido e a clareza (compreensão ou ausência de ambiguidade) e a estabilidade (consolidação) dessas ideias subsunçoras já estabelecidas na estrutura cognitiva (Novak, 2001; Ausubel, 2003; Neto, 2006).

Caso os conhecimentos prévios não possuam ideias que possam actuar como subsunçores para a nova aprendizagem, Ausubel (2003) recomenda o uso de organizadores prévios, ou seja, um conteúdo mais geral do que aquele que será aprendido, a fim de facilitar a relação de ideias contidas na estrutura cognitiva e as ideias contidas na tarefa de aprendizagem. Novak (2001) alerta para o facto de que a construção de significados, sendo um evento idiossincrático, que envolve não um único conceito ou enquadramento referencial dos estudantes, varia em função das abordagens para a aprendizagem, bem como da predisposição emocional do estudante, pelo que o desafio está em os professores serem capazes de ajudar os estudantes a construir e reconstruir os seus enquadramentos conceptuais e as suas atitudes face ao conhecimento, de modo a aumentarem a sua competência cognitiva, nomeadamente através da escolha individual de situações significativas por parte dos estudantes.

Nesta teoria destacam-se, então, como conceitos centrais, o conceito de aprendizagem significativa e o conceito de estrutura cognitiva.

Quanto ao modo como é produzida a aprendizagem, em ambiente escolar, Ausubel propõe a distinção entre dois eixos ou dimensões diferentes que originarão diferentes tipos de aprendizagem: a **aprendizagem mecânica ou automática**, na qual o material de aprendizagem é relacionável à estrutura cognitiva somente de maneira arbitrária e literal e que não resulta na aquisição de significados para o sujeito, tratando-se de uma aprendizagem memorística e a **aprendizagem significativa**, que inclui diferentes níveis de aprendizagem (Moreira, 2000; Novak, 2001; Pelizzari *et al.* 2002; Ausubel, 2003):

- a) **A aprendizagem representacional**, considerada o tipo mais básico de aprendizagem significativa, que é a aprendizagem do significado de símbolos individuais (tipicamente palavras) ou aprendizagem do que eles representam. Este tipo de aprendizagem inclui a aprendizagem de conceitos, considerada um aspecto

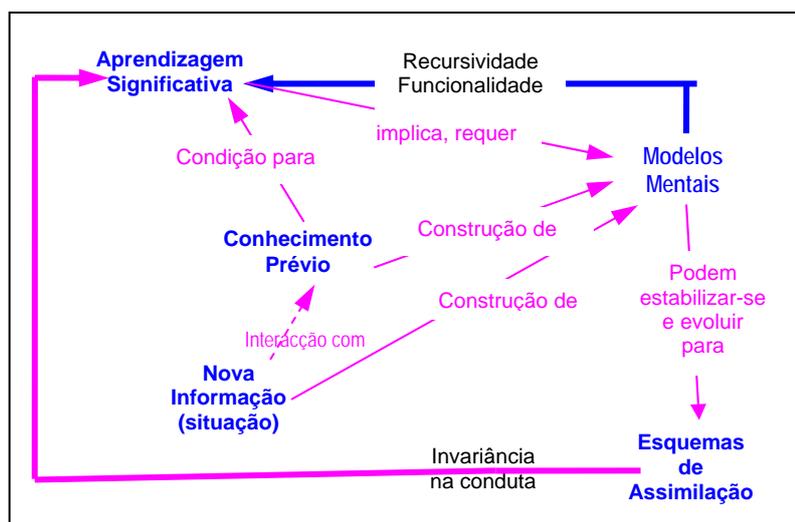
muito importante de aprendizagem representacional, pois os conceitos também são representados por símbolos individuais. Porém, neste caso são representações genéricas ou categoriais. É preciso distinguir entre aprender o que significa a palavra conceito, ou seja, aprender qual o conceito que está representado por uma dada palavra e aprender o significado do conceito (Neto, 2006). A aprendizagem proposicional constitui outro tipo de aprendizagem representacional, enquanto aprendizagem de significados de ideias expressas por grupos de palavras (geralmente representando conceitos) combinadas em proposições ou sentenças (Ausubel, 2003; Neto, 2006).

- b) **A aprendizagem significativa subordinada** está presente quando a estrutura cognitiva tende a organizar-se hierarquicamente em termos de nível de abstracção, generalidade e inclusividade dos seus conteúdos. Consequentemente, a emergência de significados para os materiais de aprendizagem reflecte uma relação de subordinação à estrutura cognitiva. Conceitos e proposições potencialmente significativos ficam subordinados ou, na linguagem de Ausubel são “subsumidos” sob ideias mais abstractas, gerais e inclusivas (os “*subsunçores*”). Este nível de aprendizagem é considerada *derivativa*, quando decorre de algum conceito ou proposição já existente, com estabilidade e inclusividade, na estrutura cognitiva ou *correlativa*, quando o novo material é uma extensão, elaboração, modificação ou quantificação de conceitos ou proposições previamente aprendidos significativamente. Na aprendizagem significativa subordinada correlativa o subsunçor é bastante modificado e enriquecido em termos de significados (Ausubel, 2003).
- c) **A Aprendizagem superordenada** ocorre quando o sujeito aprende um novo conceito ou proposição mais abrangente que possa subordinar, ou “subsumir”, conceitos ou proposições já existentes na sua estrutura de conhecimento – é importante na formação de conceitos e na unificação e reconciliação integradora de proposições aparentemente não relacionadas ou conflitivas (Ausubel, 2003).
- d) **A Aprendizagem significativa combinatória** traduz-se na aprendizagem de conceitos ou proposições que não são subordinados nem superordenados em relação a algum conceito ou proposição, já existente na estrutura cognitiva do sujeito. Constituem generalizações inclusivas e amplamente explanatórias, tais como as relações entre massa e energia, calor e volume, estrutura genética e variabilidade, oferta e procura que requerem este tipo de aprendizagem. Na aprendizagem combinatória o significado vem da interacção da nova informação com a estrutura cognitiva como um todo. É um processo semelhante ao da aprendizagem subordinada, com a diferença de que a nova informação ao contrário de se ancorar a um subsunçor particular constitui-se em novo conhecimento “relevante de um modo geral” (Ausubel, 2003).

Segundo a teoria de Ausubel, na aprendizagem há três vantagens essenciais em relação à aprendizagem memorística. Em primeiro lugar, o conhecimento que se adquire de modo significativo é retido e lembrado por mais tempo. Em segundo, aumenta a capacidade de aprender outros conteúdos de uma maneira mais fácil, mesmo se a informação original for esquecida. E, em terceiro, uma vez esquecida, facilita a aprendizagem seguinte – a “reaprendizagem”. A explicação dessas vantagens está nos processos específicos por meio dos quais se produz a aprendizagem significativa onde se implica, como um processo central, a interacção entre a estrutura cognitiva prévia do aluno e o conteúdo de aprendizagem. Essa interacção traduz-se num processo de modificação mútua tanto da estrutura cognitiva inicial como do conteúdo que é preciso aprender, constituindo o núcleo da aprendizagem significativa (Dionísio e Moreira, 1975; Pelizzari *et al.* 2002), num processo que se pretende seja contínuo e progressivamente mais complexo (Novak, 2001; Ausubel, 2003).

De acordo com Moreira (2006) a visão de Ausubel acerca da aprendizagem significativa tem evoluído de uma perspectiva cognitiva clássica, que privilegia os processos cognitivos na aprendizagem, para uma visão humanista “*propondo que ela subjaz à integração construtiva entre pensamentos, sentimentos e acções que conduz ao engrandecimento humano*” (p.4), com os contributos de Joseph Novak colaborador de Ausubel e co-autor da segunda edição da obra básica sobre aprendizagem significativa. À visão humanista de Novak é acrescentada a perspectiva da interacção social da aprendizagem significativa, que tem por base a perspectiva vygotskiana de aprendizagem sociocultural, e que permite uma visão cognitiva contemporânea, com os contributos da teoria dos modelos mentais de Johnson-Laird, como representado na figura 5.

Figura 5. A aprendizagem significativa numa visão cognitiva contemporânea



Fonte: Moreira (2006)

Nesta figura podemos observar, como refere Moreira (2006):

“Que a construção de um modelo mental pode ser vista como o primeiro passo para uma aprendizagem significativa. Tal construção reflecte uma intencionalidade do

sujeito porque se ele constrói o modelo é porque quer dar conta da situação. Mas o modelo mental tem um único compromisso que é o da funcionalidade para o sujeito. Não implica, portanto, uma aprendizagem significativa no sentido de compartilhar significados, pois o modelo mental pode estar "errado" contextualmente, mas funcionar bem para o sujeito. Por outro lado, a modelagem mental é recursiva de modo que o modelo mental pode ser modificado tantas vezes quantas necessárias ao longo da negociação de significados e ser, de fato, um passo essencial para a aprendizagem significativa podendo, até mesmo, evoluir para esquemas de assimilação." (p.7).

Com esta visão contemporânea da aprendizagem significativa a visão da *complexidade* e da *progressividade* no processo de aprendizagem é explorada no sentido de que as situações com as quais os formandos se defrontam são "*progressivamente, situações cada vez mais complexas*", considerando que, nesta perspectiva, "*os novos conhecimentos de Ausubel seriam as novas situações. Os conhecimentos preexistentes (subsunçores) seriam conceitos em construção. Da interação (relação dialéctica) entre eles resultaria a aprendizagem significativa, de maneira progressiva.*" (*ibidem*, p.7). Nesta perspectiva, Moreira (2006) considera que as proposições básicas da progressividade e da complexidade na aprendizagem significativa são: "*a aquisição, ou domínio, de um corpo de conhecimentos (i.e., um campo conceitual) é um processo lento, não linear, com rupturas e continuidades; a aprendizagem significativa é, então, progressiva; os conhecimentos são moldados pelas situações previamente dominadas e há um contínuo entre aprendizagem mecânica e aprendizagem significativa.*" (*ibidem*, p.8).

Além dos aspectos relativos ao modo de aprender significativamente e as visões que progressivamente vão sendo incorporadas na teoria de aprendizagem significativa, Ausubel (2003) assinala alguns princípios programáticos facilitadores dessa aprendizagem, como sejam a *diferenciação progressiva*, a *reconciliação integradora*, a *organização sequencial* e a *consolidação*, bem como algumas estratégias facilitadoras, tais como os *organizadores prévios*, os *mapas conceptuais* e os *diagramas V* (Novak e Gowin, 1984, 1988, 1996; Moreira e Buchweitz, 1987, 1993 *apud* Moreira, 2000; Novak, 2001).

A diferenciação progressiva é o princípio programático segundo o qual as ideias mais gerais e inclusivas da matéria de ensino devem ser apresentadas desde o início da instrução e, progressivamente, diferenciadas em termos de detalhes e especificidade. Não se trata de um enfoque dedutivo, mas sim de uma abordagem na qual o que é mais relevante deve ser introduzido desde o início e, logo em seguida, trabalhado através de exemplos, situações, exercícios. As ideias gerais e inclusivas devem ser retomadas periodicamente favorecendo assim sua progressiva diferenciação. É um princípio compatível com a progressividade da aprendizagem significativa (Moreira, 2000).

A reconciliação integradora pressupõe que a programação da matéria de ensino deve não apenas proporcionar a diferenciação progressiva, mas também explorar, explicitamente, relações

entre conceitos e proposições, chamar a atenção para diferenças e semelhanças e reconciliar inconsistências reais e aparentes com vista à aprendizagem significativa.

Já a organização sequencial, como princípio a ser observado na programação do conteúdo com fins educativos, consiste em sequenciar os tópicos, ou unidades de estudo, de maneira tão coerente quanto possível (observados os princípios de diferenciação progressiva e reconciliação integrativa) com as relações de dependência naturalmente existentes entre eles na matéria de ensino (Moreira, 2000).

A consolidação, como quarto princípio programático de um ensino orientado para a aprendizagem significativa, é apontada por Moreira (2000) no sentido de se insistir no domínio (respeitada a progressividade da aprendizagem significativa) do que está a ser estudado antes de se introduzir novos conhecimentos. É um princípio que decorre da premissa de que o conhecimento prévio é a variável que mais influencia a aprendizagem subsequente.

Os organizadores prévios são materiais introdutórios apresentados antes do material de aprendizagem em si mesmo, num nível mais alto de abstracção, generalidade e inclusividade, para servir de ponte entre o que o aprendiz já sabe e o que deveria saber para que esse material fosse potencialmente significativo ou para mostrar a relacionabilidade do novo conhecimento com o conhecimento prévio.

Os mapas conceptuais são diagramas que indicam relações entre conceitos e procuram reflectir a estrutura conceptual de um determinado conhecimento. Mais especificamente, podem ser vistos como diagramas conceptuais hierárquicos. Na perspectiva de Moreira (2000) construir os mapas conceptuais, "*negociá-los*", apresentá-los e refazê-los, são processos altamente facilitadores de uma aprendizagem significativa (p.5).

Os diagramas V são instrumentos heurísticos para a análise da estrutura do processo de produção de conhecimento (entendido como as partes desse processo e a maneira como se relacionam) e para exteriorizar conhecimentos documentados sob a forma de artigos de pesquisa, livros, ensaios, etc. Assim como no caso dos mapas conceptuais, a sua construção, discussão e reconstrução são processos bastante favorecedores de aprendizagens significativas.

Moreira (2001) considera, ainda, que a aprendizagem significativa deverá ser crítica, no sentido em que é através da aprendizagem significativa crítica que o aluno poderá fazer parte de sua cultura e, ao mesmo tempo, não ser subjugado por ela, pelos seus ritos, mitos e ideologias. É através dessa aprendizagem que ele poderá lidar construtivamente com a mudança sem deixar-se dominar por ela, manejar a informação sem sentir-se impotente frente à sua grande disponibilidade e velocidade de fluxo, usufruir e desenvolver a tecnologia sem tornar-se tecnófilo. Por meio dela, poderá trabalhar com a incerteza, a relatividade, a não-causalidade, a probabilidade, a não-dicotomização das diferenças, com a ideia de que o conhecimento é construção (ou invenção) nossa, que apenas representamos o mundo e nunca o captamos directamente. Neste sentido, Moreira (2001) refere que "*Creio que somente a aprendizagem significativa crítica pode, subversivamente, subjazer à educação de pessoas com essas características.*" (p. 51).

Para facilitar a aprendizagem significativa crítica Moreira (2001) propõe um conjunto de princípios a atender no processo de ensino-aprendizagem:

- a) *“Aprender/ensinar perguntas ao invés de respostas (princípio da interação social e do questionamento).*
- b) *Aprender a partir de distintos materiais educativos (princípio da não centralidade do livro de texto).*
- c) *Aprender que somos preceptores e representantes do mundo (princípio do aprendiz como preceptor/representador).*
- d) *Aprender que a linguagem está totalmente implicada em qualquer e em todas as tentativas humanas de perceber a realidade (princípio do conhecimento como linguagem).*
- e) *Aprender que o significado está nas pessoas, não nas palavras (princípio da consciência semântica).*
- f) *Aprender que o homem aprende corrigindo seus erros (princípio da aprendizagem pelo erro).*
- g) *Aprender a desaprender, a não usar conceitos e estratégias irrelevantes para a sobrevivência (princípio da desaprendizagem).*
- h) *Aprender que as perguntas são instrumentos de percepção e que definições e metáforas são instrumentos para pensar (princípio da incerteza do conhecimento).” (ibidem, p.62).*

Com estes princípios em mente, Moreira (2001) defende que o sujeito poderá fazer parte da sua cultura e, ao mesmo tempo, estar fora dela, gerir a informação criticamente, sem se sentir impotente face a ela; usufruir da tecnologia sem idolatrá-la; mudar sem ser dominado pela mudança; conviver com a incerteza, a relatividade, a causalidade múltipla, a construção metafórica do conhecimento, a probabilidade das coisas, a não dicotomização das diferenças, a recursividade das representações mentais; rejeitar as verdades fixas, as certezas, as definições absolutas e as entidades isoladas.

Cachapuz (2001), no seu texto *A procura da excelência na aprendizagem*, expressa algumas limitações à teoria de aprendizagem ausubeliana, nomeadamente pela sobrevalorização dos saberes conceptuais, pelo pressuposto da organização hierárquica dos conceitos na mente do aluno, ao facto de não se atribuir um papel relevante para as competências cognitivas e metacognitivas do aluno e a ausência de problematização entre aprendizagem e desenvolvimento. Aponta alguns contributos para o enriquecimento do quadro teórico sobre a aprendizagem, referindo alguns critérios orientadores, designadamente o da *“transferibilidade pedagógica de outros contributos teóricos, em particular a congruência com uma pedagogia de sinal emancipatório e transformador sob o ponto de vista pessoal, e participativo e interventivo sob o ponto de vista social; o segundo critério valoriza o papel da investigação, em particular, o sucesso na resolução de problemas relativos à aprendizagem e o terceiro critério tem a ver com a*

valorização de uma abordagem da aprendizagem que não é só de conceitos mas também de capacidades, atitudes e valores (condição essencial para a sua excelência)" (ibidem, p.74).

Tem sido documentada a utilização de diferentes estratégias promotoras de aprendizagem significativa em contexto escolar, nomeadamente os mapas conceptuais, os diagramas V (Moreira, 1988; Novak, 2001), a resolução de problemas (Costa e Moreira, 2001).

Em enfermagem têm sido conduzidas algumas investigações a partir do referencial de Ausubel. Soubhia e Ruffino, (1992) desenvolveram o conceito de aprendizagem significativa do ponto de vista da teoria cognitivista de aprendizagem de Ausubel com recursos de ensino à utilização de mapas conceptuais e organizadores prévios no ensino teórico e Soubhia (1999) planeou, executou e avaliou um programa de treino em estratégias cognitivas e metacognitivas facilitadoras da compreensão de textos com dois grupos de estudantes, havendo um melhor desempenho dos alunos com os quais foram utilizados organizadores prévios para a compreensão de textos. Santos (1998) implementou e avaliou um processo sistematizado de educação para a saúde com as enfermeiras de um centro de saúde, baseado na "Teoria da Aprendizagem Significativa", cujas evidências sugerem que essas enfermeiras desenvolveram um novo estilo de abordar a sua prática, com uma metodologia que permitiu o entendimento de cada um a partir do seu conhecimento e o enriquecimento de forma consciente. Também o uso de mapas conceptuais por Cardoso, Oliveira e Gonçalves (sd) com estudantes de enfermagem se revelou como uma das características mais interessantes da aprendizagem significativa de Ausubel, tendo sido considerado pelos autores uma ferramenta didáctico-pedagógica de grande eficácia.

Teoria de Aprendizagem Experiencial de David Kolb

A teoria de aprendizagem experiencial de David Kolb apoia-se nos trabalhos de proeminentes pedagogos do século 20, nomeadamente John Dewey, Kurt Lewin, Jean Piaget e Paulo Freire, entre outros, para desenvolver um modelo holístico do processo de aprendizagem experiencial e um modelo multilinear do desenvolvimento do adulto (Kolb e Kolb, 2005; 2008).

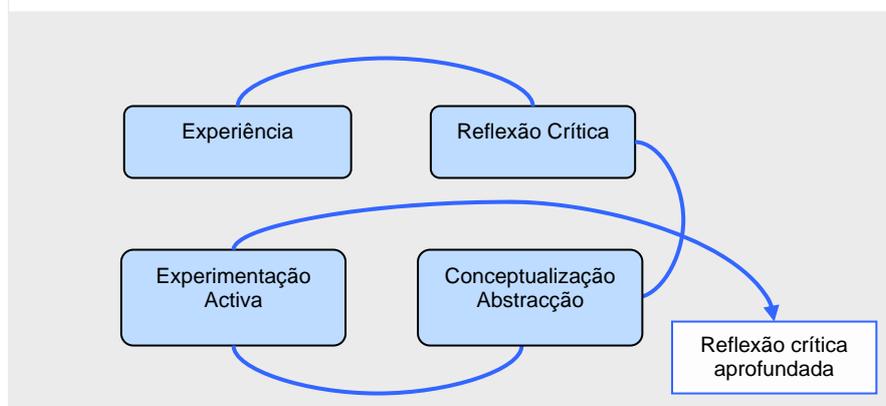
A teoria é construída sobre um conjunto de proposições partilhadas por aqueles pedagogos (Kolb e Kolb, 2005; 2005a; 2006).

- A. A aprendizagem é concebida mais enquanto processo do que em termos de resultados. Para melhorar a aprendizagem na educação superior, o foco principal deverá centrar-se no envolvimento dos estudantes num processo que melhor favoreça a sua aprendizagem, um processo que inclua o feedback acerca da efectividade dos seus esforços de aprendizagem.
- B. Toda a aprendizagem é (re)aprender. A aprendizagem é facilitada pelo processo de explicitação das crenças e ideias dos estudantes acerca de um tópico, de modo a que eles possam examinar, testar e integrar com ideias novas e mais apuradas.
- C. A aprendizagem é um processo holístico de adaptação ao mundo. Não é apenas o resultado da cognição, pois envolve o funcionamento integral da pessoa no seu todo – pensamento, sentimento, compreensão e comportamento.

- D. A aprendizagem resulta de transacções sinérgicas entre a pessoa e o meio. Em termos piagetianos, a aprendizagem ocorre através do equilíbrio do processo dialéctico de assimilação de novas experiências em conceitos preexistentes e a acomodação dos conceitos existentes à nova experiência.
- E. A aprendizagem é o processo de criar conhecimento. A teoria de aprendizagem experiencial propõe uma teoria construtivista da aprendizagem onde o conhecimento social é criado e recriado em conhecimento pessoal do aprendiz. Este processo contrasta com o modelo “transmissivo”, no qual as ideias fixas preexistentes são transmitidas ao estudante.

Com base nestas proposições Kolb, (1984); Kolb e Kolb (2005; 2005a; 2006; 2008) definem a teoria de aprendizagem experiencial (TAE) como um processo através do qual o conhecimento é criado pela transformação da experiência, por um processo de adaptação que envolve o todo da pessoa. O conhecimento resulta da combinação de apreender e transformar a experiência, numa perspectiva holística integrativa da aprendizagem que combina a experiência, a percepção, cognição e comportamento (Kolb, 1984). Este modelo inclui dois modos dialecticamente relacionados de apreensão da experiência: a experiência concreta e a conceptualização abstracta e dois modos também dialecticamente relacionados de transformação da experiência: a observação reflexiva e a experimentação activa (figura 6).

Figura 6. Ciclo de Aprendizagem de Kolb



Fonte: Adaptado de Kelly (1997)

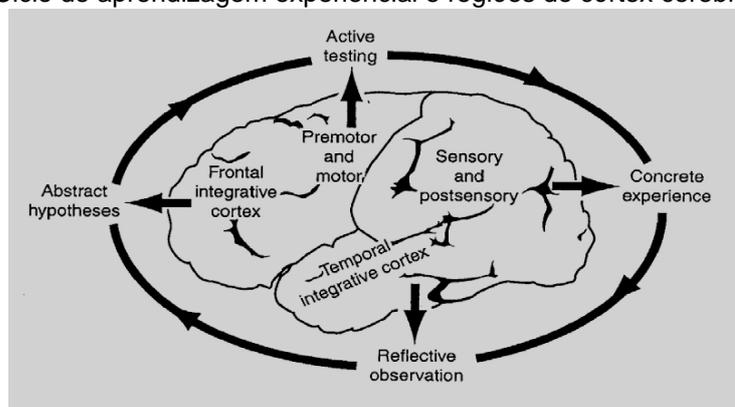
Este processo de aprendizagem experiencial acentua a construção de conhecimento que envolve uma tensão criativa entre os quatro modos de aprendizagem que é responsiva às exigências contextuais. O processo é concebido como um ciclo de aprendizagem idealizado em espiral na qual o estudante “toca todas as bases” – experiência, reflexão, pensamento e acção – num processo recursivo que é responsivo à situação de aprendizagem e ao que está a ser aprendido. A experiência concreta ou imediata constitui a base para a observação e reflexão (Mainemelis; Boyatzis e Kolb, 1999; Kolb e Kolb, 2005; 2005a; 2008;). Estas reflexões são

assimiladas e transformadas em conceitos abstractos a partir dos quais novas implicações para a acção podem ser concebidas. Estas implicações podem ser activamente testadas e servem como guia na criação de novas experiências (Kolb e Kolb, 2005).

Segundo Colina e Medina (1997) a aprendizagem experiencial tem lugar quando os estudantes, a partir de uma determinada experiência, observam e reflectem sobre aquela e realizam algum tipo de abstracção integrando essas reflexões na sua mente que são utilizadas como guias para acções posteriores. A experiência é a fonte e origem de toda a aprendizagem já que através da aprendizagem experiencial podemos articular as aprendizagens formais e abstractas com as experiências práticas.

Kolb e Kolb (2005; 2006), considerando os subsídios teóricos de James Zull⁸, referem que a TAE apresenta relações com a investigação em neurociências sendo sugerido que o processo de aprendizagem experiencial está relacionado com o processo de funcionamento cerebral (figura 7).

Figura 7. Ciclo de aprendizagem experiencial e regiões do córtex cerebral activadas



Fonte: Kolb e Kolb (2005:4)

A figura ilustra que a experiência concreta é percebida pelo córtex sensorial, a observação reflexiva envolve a base do córtex integrativo, e a experimentação activa envolve o córtex motor. Ou seja, o ciclo de aprendizagem advém das estruturas cerebrais (Zull, 2002, *apud* Kolb e Kolb, 2006; 2005).

A TAE desenvolvida por Kolb define três estádios de desenvolvimento: i) *aquisição*, desde o nascimento até à adolescência, onde são desenvolvidas as habilidades básicas e as estruturas cognitivas; ii) *especialização*, desde a escolaridade formal através do trabalho inicial e experiências da adultez onde a socialização de natureza social, educacional e organizacional forçam o desenvolvimento de um estilo particular de aprendizagem; e iii) *integração* a meio da carreira e vida mais tardia onde modos não dominantes de aprendizagem são expressos no trabalho e vida pessoal (Kolb e Kolb, 2006; 2005). O desenvolvimento através destes estádios é caracterizado pelo aumento da complexidade e relativismo nos processos de adaptação ao mundo e pelo aumento da integração de conflitos dialécticos entre a abstracção/conceptualização (AC) e

⁸ Biólogo e director do CWRU's University Center for Innovation in Teaching and Education (UCITE)

a experiência concreta (EC) e a experimentação activa (EA) e observação reflexiva (OR). O desenvolvimento é concebido numa base multilinear para o estilo de aprendizagem particular e padrão de vida de um indivíduo: o desenvolvimento de EC aumenta na complexidade afectiva, a OR aumenta na complexidade perceptual, a AC aumenta na complexidade simbólica e a EA aumenta na complexidade comportamental (Mainemelis, Boyatzis e Kolb, 1999; Kolb e Kolb, 2005; 2006), introduzindo o conceito de aprendizagem em profundidade na integração completa dos quatro modos do ciclo de aprendizagem experiencial (Kolb e Kolb, 2008).

Associado ao conceito de aprendizagem experiencial Kolb desenvolve o conceito de estilos de aprendizagem. Kolb e colaboradores identificam quatro estilos de aprendizagem que estão associados com diferentes níveis comportamentais (Kolb e Kolb, 2005a) e diferentes abordagens de aprendizagem: divergente, assimilador, convergente e acomodativo (Kolb e Kolb, 2005) (figura 8).

Figura 8. Elementos estruturais da aprendizagem experiencial



Fonte: Adaptado de Berndt, Igari e Homines (sd.)

Um indivíduo com um estilo divergente tem como habilidades de aprendizagem dominantes a experiência concreta (EC) e a observação reflexiva (OR), sendo melhores na visão abrangente de situações concretas. A designação “divergente” decorre do melhor desempenho na produção de ideias, tais como nas sessões de “brainstorming” (Kolb e Kolb, 2005; 2008). Já os indivíduos com um estilo assimilativo possuem habilidades de aprendizagem dominantes nas áreas de OR e EA. Apresentam um melhor desempenho na compreensão de vastos leques de informação, sendo capazes de a colocar de modo lógico e conciso. São indivíduos mais interessados em ideias e conceitos abstractos do que nas pessoas. Geralmente, consideram a lógica da teoria mais importante do que o seu valor prático. As pessoas de estilo convergente possuem habilidades de aprendizagem dominantes em EA e AC, sendo melhores na identificação do uso prático das ideias e teorias. Têm capacidade de resolução de problemas e tomar decisões baseadas nas soluções encontradas para as questões ou problemas, preferindo lidar com tarefas técnicas e problemas do que com aspectos sociais e interpessoais. Os indivíduos com um estilo acomodativo possuem habilidades de aprendizagem dominantes em EA e EC, possuindo habilidades para aprender a

partir da sua própria experiência. Gostam de se envolver em experiências desafiantes e apreciam a informação de outras pessoas (Kolb e Kolb, 2005).

O conceito de estilos de aprendizagem descreve as diferenças individuais na aprendizagem baseadas nas preferências do estudante pelo tipo de empenho nas diferentes fases do ciclo de aprendizagem (Kolb e Kolb, 2005). Devido ao nosso equipamento hereditário, às nossas experiências de vida particulares e às exigências do nosso ambiente actual desenvolvemos um modo preferido de aprender entre os quatro modos de aprendizagem, estabelecendo um equilíbrio entre ser mais concreto ou abstracto e entre ser mais activo ou reflexivo (Kolb & Kolb, 2005). Kolb mostrou que os estilos de aprendizagem são influenciados pelo tipo de personalidade, especialização educacional, escolha de carreira e a função e tarefas do trabalho actual, bem como influências culturais, documentadas por Yamazaki (2002; 2003) *apud* Kolb e Kolb (2005; 2005a) (tabela 1).

Tabela 1. Relação entre estilos de aprendizagem e níveis de comportamento

Nível de Comportamento	Divergente	Assimilador	Convergente	Acomodativo
Tipos de Personalidade	Introvertido Sentimental	Introvertido Intuição	Extrovertido Pensador	Extrovertido Sensitivo
Especialização Educativa	Artes, Inglês, História, Psicologia	Matemática Ciências físicas	Engenharias Medicina	Educação Comunicação Enfermagem
Carreira profissional	Serviço Social Artes	Ciências Investigação Informação	Engenharias Medicina Tecnologia	Vendedor Serviço Social Educação
Trabalho actual	Trabalho Pessoal	Trabalho de Informação	Trabalho Técnico	Trabalho Executivo
Competências Adaptativas	Habilidades valorativas	Habilidades de Pensamento	Habilidades de Decisão	Habilidades de Acção

Fonte: Adaptado de Kolb e Kolb (2005a:6)

Verifica-se na tabela apresentada que, nos referidos estudos, os estudantes de enfermagem revelavam um estilo de aprendizagem do tipo acomodativo, estilo este que se situa no quadrante EA e EC, ou seja, possuíam, de acordo com Kolb e Kolb (2005; 2005^a; 2006), habilidades para aprender a partir da sua própria experiência, apreciando o seu envolvimento em experiências desafiantes e estimam a informação de outras pessoas, estilo de aprendizagem que muito se coaduna com os modos de aprendizagem experiencial pretendida em contexto de práticas clínicas.

No entanto, num estudo realizado em 1976 por David Kolb, com 800 estudantes de ensino superior (Kolb, 1981) foi constatado que os estudantes de enfermagem revelavam um estilo de aprendizagem do tipo convergente. Também num estudo conduzido por Abreu (2001) que incluía a identificação dos estilos de aprendizagem de estudantes de enfermagem verificou que aqueles apresentavam predominantemente um estilo de aprendizagem convergente, estilo onde predominam as competências de abstracção e conceptualização com experimentação activa, ao contrário do estilo de aprendizagem acomodativo, que possuem habilidades de aprendizagem

dominantes na experimentação, possuindo habilidades para aprender a partir da sua própria experiência. Estes estudos com estudantes de enfermagem não são concordantes nos resultados, diferenças decorrentes, provavelmente, de factores inerentes a diferentes períodos históricos em que são realizados, ou, considerando as conclusões de Ramprogus (1988) citado por Abreu (2001), os estudantes não terão um estilo particular de processar a informação, “... talvez porque a formação dos enfermeiros ocorre numa variedade de situações e através de interações com um grande número de indivíduos” (Abreu, 2001: 197).

Um outro conceito que é introduzido por Kolb e Kolb (2005) na teoria de aprendizagem experiencial é o conceito de “*espaço de aprendizagem*” (p.16), no sentido de aprofundar a natureza complexa e dinâmica do estilo de aprendizagem e a sua formação através de transacções entre a pessoa e o ambiente. Este conceito é construído a partir da Teoria de Campo de Kurt Lewin, para quem pessoa e ambiente são variáveis interdependentes, sendo o comportamento considerado função da pessoa e ambiente na expressão matemática $C=f(p, a)$. O espaço de aprendizagem inclui todos os factos relativos à pessoa, englobando necessidades, objectivos, influências inconscientes, memórias, crenças, acontecimentos políticos, económicos e a natureza social que pode afectar directamente o comportamento da pessoa. Também a Teoria do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfrenbrenner influencia o conceito de espaço de aprendizagem de David Kolb ao considerar os diferentes sistemas (*microsistema, mesosistema e macrosistema*), na análise dos factores sociais que influenciam a experiência de aprendizagem dos sujeitos nos seus espaços de aprendizagem (Kolb e Kolb, 2005; 2008). Do mesmo modo, a TAE e o conceito de espaço de aprendizagem são suportados pela Teoria Sócio-Cultural de Vygotsky, ao conceber a aprendizagem enquanto processo de transacção entre a pessoa e o ambiente social (Kolb e Kolb, 2005). Na TAE o espaço de aprendizagem experiencial é então definido por Kolb e Kolb (2005; 2008) como sendo um processo de forças de atracção e resistência, consideradas valências positivas e negativas, de dois pólos de dualidade dialéctica entre acção/reflexão e experimentação/conceptualização, criando um mapa bidimensional de regiões de espaços de aprendizagem. Deste modo, a resolução efectiva de problemas pelo sujeito de aprendizagem constitui um processo de aprendizagem experiencial que decorre em quatro estádios analíticos: a análise da situação, a análise do problema, a análise da solução e a análise da implementação (Kolb, 1983).

O posicionamento do estilo individual de aprendizagem do indivíduo depende do equilíbrio de forças entre acção, reflexão, experimentação e conceptualização (Kolb e Kolb, 2005; 2008), sendo recomendado pelos autores o respeito pelo aprendiz e as suas experiências, iniciar a aprendizagem a partir das experiências do sujeito, criar espaços de aprendizagem acolhedores e hospitaleiros, criar espaços de aprendizagem conversacional, de desenvolvimento de competência perita, de acção e reflexão, de partilha de sentimentos e pensamentos, de aprendizagem intra e interpessoal com possibilidades de os estudantes tomarem consciência da sua aprendizagem para a criação de espaços de aprendizagem que favoreçam a aprendizagem experiencial, nomeadamente em contextos de educação superior (Kolb e Kolb, 2005; 2006).

Kolb e Kolb (2006) referem vários estudos de natureza quasi-experimental realizados no sentido de testar a eficácia da TAE em contextos de ensino superior, nomeadamente em enfermagem, sendo reconhecido a efectividade da abordagem da aprendizagem experiencial quando comparada com abordagens didácticas mais tradicionais (Stienborg, Zaldiver e Santiago, 1996, *apud* Kolb e Kolb, 2006).

Mainemelis; Boyatzis e Kolb (1999) num estudo realizado com 314 estudantes do ensino superior constataram que a dimensão conceptualização/experimentação do processo de aprendizagem se revelou mais forte que a dimensão acção/reflexão e os sujeitos com especialização em estilos de aprendizagem abstracta são menos flexíveis que os especializados em estilos concretos. Os autores argumentam que o desenvolvimento na sofisticação da aprendizagem resulta da integração da dualidade dialéctica do processo de aprendizagem dos pólos conceptualização/experienciação e acção /reflexão, observando-se uma aprendizagem sofisticada em sujeitos com capacidade de adaptação flexível, mais evidente nos indivíduos com perfis de aprendizagem balanceada. Deste modo, os indivíduos que integram os dois modos dialécticos de aprendizagem (conceptualização/experimentação e acção/reflexão) serão mais flexíveis e os indivíduos com estilos de aprendizagem especializada podem responder com menos flexibilidade aos diferentes contextos de aprendizagem (Mainemelis; Boyatzis e Kolb, 1999).

Dewar e Walker (1999) enunciam alguns elementos facilitadores para o estudante identificar a sua aprendizagem significativa, sobretudo a reflexão sistemática sobre a experiência para identificar aprendizagens significativas; a expressão precisa de afirmações de aprendizagem significativa, constitutivas de conhecimento e habilidades; a síntese de evidência que suportem a afirmação de conhecimento e habilidades e a avaliação para creditação.

Deste modo, o estudante pode aprender a aprender e tomar consciência de que aprende pela construção intencional de significados sobre as suas experiências de aprendizagem.

Teoria de Aprendizagem Sócio-Cultural de Lev Vygotsky

Lev Vygotsky nasceu na Bielorrússia em 1896 (Marques, 2007). Psicólogo e pensador construtivista, Vygotsky foi contemporâneo de Piaget e centra a sua atenção nos fenómenos da interacção e da consciência humana (Abreu, 2007), desenvolvendo a sua teoria em torno de três ideias centrais: i) a acção humana é sempre mediada por instrumentos ou por símbolos; ii) na acção mediada, a linguagem ocupa um papel de relevo; e iii) os fenómenos psicológicos têm todos uma base social (Lourenço, 2002).

De acordo com a análise de Dahms *et al.* (2007), a obra de Vygotsky pode ser vista sob diferentes perspectivas. Os autores analisam-na considerando-a uma Teoria de Valor, na qual questões como: “Que conhecimento e habilidades são merecedores de ser aprendidos? Quais os objectivos da educação?” são vistas por Vygotsky pela importância de olhar cada criança como um indivíduo que aprende de modo distinto e por isso o conhecimento e habilidades importantes para aprender variam em função do indivíduo; enquanto Teoria de Conhecimento, questões como “O que é conhecimento? Como é que este é diferente de crença? O que é um erro? Uma Lei?”

são entendidas por Vygotsky como conhecimento obtido através da experiência passada e situações sociais, bem como pelo ambiente geral de cada um, não estabelecendo uma distinção “drástica” entre conhecimento e crença. Encara o “erro” enquanto elemento crucial de aprendizagem, pois que no decurso do desenvolvimento os erros, enganos, fazem parte da formação de conceitos no desenvolvimento da criança, que terão impacto na sua aprendizagem futura. Já a lei é entendida com algo que ocorre como resultado do desejo de conformismo às normas sociais (Dahms *et al.*, 2007).

Os autores supracitados consideram que a obra de Vygotsky, também, inclui elementos de Teoria da Natureza Humana, pois que Vygotsky se preocupa com questões como “O que é um ser humano? Em que é que ele difere de outras espécies? Quais são os limites para o potencial humano? Para ele a linguagem falada constitui o instrumento mais crítico que permite a diferenciação do humano das outras espécies. A linguagem é considerada enquanto instrumento primário de aprendizagem que o humano desenvolve na cooperação com outros humanos, considerando que este processo não tem, teoricamente, limites, embora os limites práticos do potencial humano dependam da qualidade das interações sociais e do ambiente em que reside. Enquanto Teoria de Aprendizagem, no sentido de perceber “O que é a aprendizagem? Como são adquiridos as habilidades e os conhecimentos?”, Lev Vygotsky defende que o desenvolvimento cognitivo não pode ser entendido sem referência ao contexto social, histórico e cultural em que ocorre e a linguagem (Dahms *et al.*, 2007). As concepções de Vygotsky podem ser vistas, também, enquanto Teoria da Transmissão, no sentido em que “Quem ensina? Através de que métodos? O que deverá ser o currículo?” constituem questões objecto de análise na teoria vygotskyana. Defende que quem ensina é o professor enquanto colaborador na tarefa de apoiar e orientar as actividades da criança e não o controlador do grupo com estruturas e regras rígidas. Na sua perspectiva o currículo deverá gerar desafios e estimular a aprendizagem de competências oferecendo oportunidades para o aprendente aplicar as habilidades, conhecimento e experiências prévias, com actividades autenticamente conectadas com o ambiente da vida real. É vista, também, enquanto Teoria da Sociedade, pois desenvolve a sua visão do que é a sociedade e quais as instituições que estão envolvidas no processo educativo, defendendo a sociedade como “caldo” da herança cultural na qual o desenvolvimento do pensamento se processa, sendo a escola vista enquanto prolongamento desta sociedade em que a sala de aulas é também uma forma de organização social representativa da comunidade social mais alargada. Enquanto Teoria da Oportunidade, ou seja quem deve ser educado? E quem deve ser escolarizado? Vygotsky considera que todos devem ser escolarizados “lado-a-lado” em instituições de educação regular. Do ponto de vista de Teoria do Consenso, os autores (Dahms *et al.*, 2007) consideram que Vygotsky defendia que a evolução de consensos entre peritos era central para aprender acerca da aprendizagem, bem como para a aprendizagem em geral.

O quadro explicativo do processo enunciado acentua o funcionamento psicológico em diferentes níveis, cada um dos quais com características distintas no processo de formação dos conceitos. A sua teoria, considerada teoria histórico-cultural, defende o papel da linguagem e da

aprendizagem no processo de desenvolvimento, bem como o papel da instrução, enquanto factor positivo para a aprendizagem de conceitos socialmente adquiridos de experiências passadas (Abreu, 2007).

Vygotsky assinala um conjunto de condições prévias ao aparecimento dos fenómenos psicológicos, enquanto fenómenos de aprendizagem: i) reacções biológicas expressas por sensações orgânicas, como a tensão, dor ou calor; ii) percepção da realidade, enquanto factor externo de desenvolvimento; iii) organização dos processos biológicos e percepção da realidade em experiência social e cultural (Doria, 2004). Segundo o autor, estas condições prévias permitem ao sujeito a valorização do social enquanto papel específico no desenvolvimento, pela compreensão através do contexto social como processos culturais e produtos que constituem processos mentais.

As quatro premissas centrais a este processo de desenvolvimento são, segundo Abreu (2007) referindo Vygotsky:

- A. *“O desenvolvimento não pode ser separado do contexto social e cultural;*
- B. *A linguagem assume uma importância estruturante no processo de aprendizagem;*
- C. *O homem constrói conhecimento ao longo do seu processo de socialização*
- D. *A aprendizagem é a base do conhecimento”* (Abreu, 2007:119).

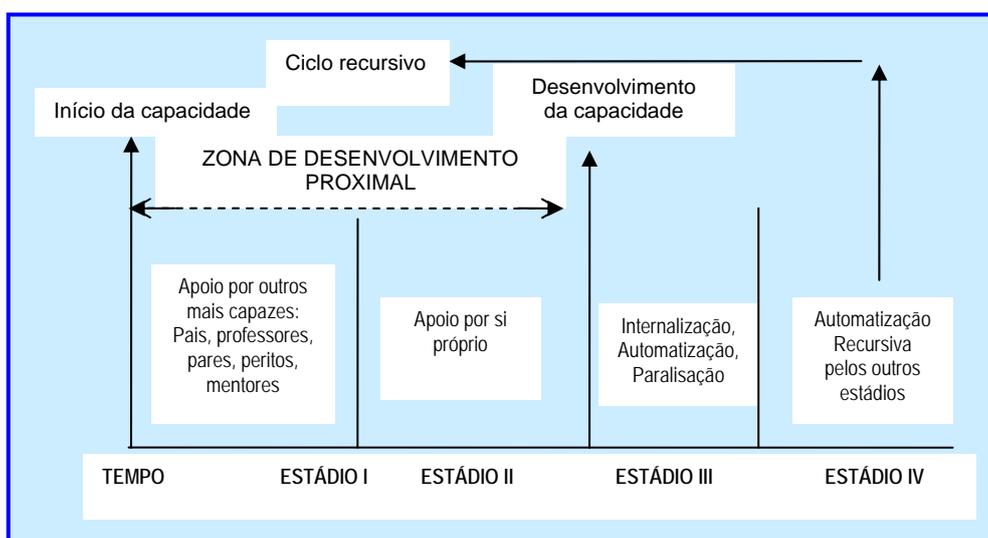
Os fenómenos psicológicos, como inteligência, raciocínio, idioma, memória, personalidade, percepção e emoção organizam-se em “meios culturais”. A percepção, memória, emoção e causas que são mediadas socialmente substituem as sensações orgânicas e habilitam a criança para o contacto com o mundo. Neste processo, o apoio social torna-se um factor de encorajamento e orientação compensando as deficiências físicas e psicológicas, permitindo ao indivíduo desenvolver as suas funções. Na sua teoria, os fenómenos psicológicos são sociais (Doria, 2004), pois dependem da experiência social. A experiência social inclui o modo como as pessoas estimulam e dirigem a atenção, o comportamento, os movimentos e inclui a organização das relações de espaço entre indivíduos.

Deste modo, para Vygotsky, os processos mentais superiores (pensamento, linguagem, comportamento voluntário) têm a sua origem em processos sociais e o desenvolvimento cognitivo é a conversão de relações sociais em funções mentais. Nesse processo, toda a relação/função aparece duas vezes, primeiro a um nível social e depois a um nível individual; primeiro entre pessoas (interpessoal, interpsicológica) e depois no interior do sujeito (intrapessoal, intrapsicológica) (Dahms *et al.*, 2007). Este processo é descrito por Vygotsky através de dois níveis de desenvolvimento, denominados desenvolvimento real e desenvolvimento potencial (Lourenço, 2002; Japiassu, 2005; Lima, 2005). O desenvolvimento real é aquele que já foi consolidado pelo indivíduo, de forma a torná-lo capaz de resolver situações utilizando o seu conhecimento de forma autónoma. O nível de desenvolvimento real é dinâmico, aumenta dialecticamente com os movimentos do processo de aprendizagem. O desenvolvimento potencial é determinado pelas habilidades que o indivíduo já construiu, que se encontram elas mesmo em processo de desenvolvimento. Isto significa que a dialéctica da aprendizagem que gerou o

desenvolvimento real, gerou também habilidades que se encontram a um nível menos elaborado que o já consolidado. Desta forma, o desenvolvimento potencial é aquele que o sujeito poderá construir.

Este processo de desenvolvimento é suportado pelo princípio de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) que define a distância entre o *nível de desenvolvimento real*, determinado pela capacidade de resolver um problema sem ajuda, e o *nível de desenvolvimento potencial*, determinado através de resolução de um problema sob a orientação de um adulto ou em colaboração com outro companheiro, o que quer dizer que há uma série de informações que a pessoa tem a potencialidade de aprender mas ainda não completou o processo, ou seja, conhecimentos fora de seu alcance actual, mas potencialmente atingíveis (Lourenço, 2002; Schütz, 2004; Marques, 2007; Dahms *et al.*, 2007). A ZDP auxilia o sujeito a lidar com a natureza provisória e relacional dos seus marcos identitários pessoais, bem como o desenvolvimento emocional do sujeito através da construção de relações mais flexíveis da pessoa num determinado grupo permitindo-lhes fazer o que está além das suas possibilidades actuais, a actuarem na perspectiva do “quê” em que se estão tornando, a criarem continuamente actuações para si mesmo, a se desenvolverem culturalmente e crescerem pessoalmente, na perspectiva de uma educação emancipatória (Japiassu, 2005; Lima, 2005) (figura 9).

Figura 9. Progressão através da ZDP



Fonte: Adaptado de Gallimore e Tharp, (1990⁹).

Este princípio, a ZDP, tem particulares implicações na educação, pois como refere Holzman (2005) citado por Japiassu (2005) a actuação é um modo particular de ir além de *quem nós somos* e criar algo de novo.

O conceito de zona de desenvolvimento proximal, não é muito diferente das propostas de Piaget ou de Kohlberg sobre as tarefas moderadamente discrepantes, ou seja, sobre o potencial

⁹ Fonte: http://www.uea.ac.uk/menu/acad_depts/edu/learn/morphett/vygotsky.htm

educativo e desenvolvimentista das tarefas de ensino que não sejam nem muito difíceis nem muito fáceis para o aluno. Como é sabido, Piaget defende que as tarefas devem provocar um desequilíbrio cognitivo moderado que permita ao aluno passar por um processo de assimilação e de acomodação que potencie o desenvolvimento dos esquemas mentais, em direcção a uma nova equilibração e por aí adiante. Como vemos, o conceito de zona de desenvolvimento proximal tem, de facto, grandes semelhanças com a teoria da equilibração de Jean Piaget (Lourenço, 2002; Marques, 2007). A aprendizagem mais significativa é a que se baseia no processo de construção do conhecimento por parte dos alunos. Esse processo de construção é tanto melhor conduzido quanto melhor o professor for capaz de criar ambientes de aprendizagem que potenciem a interacção entre alunos em estádios cognitivos ligeiramente diferentes ou em fases de transição de estágio (Lima 2005; Dahms *et al.*, 2007).

Mas a conversão de relações sociais em processos mentais superiores não é directa, é mediada por instrumentos e símbolos.

Na perspectiva vygotskyana, as pessoas usam instrumentos que vão buscar à cultura onde estão imersas e entre esses instrumentos, tem lugar de destaque a linguagem, a qual é usada como mediação entre o sujeito e o ambiente social. A internalização dessas competências e instrumentos conduz à aquisição de competências de pensamento mais desenvolvidas, constituindo o cerne do processo de desenvolvimento cognitivo (Marques, 2007; Dahms *et al.*, 2007), sendo a escolaridade formal considerado um dos contextos mais favoráveis para o desenvolvimento das funções mentais superiores (Fino, 2001).

O uso de instrumentos na mediação com o ambiente distingue, de maneira essencial, o homem de outros animais. No entanto, as sociedades criam não somente instrumentos, mas também sistemas de símbolos. Ambos, instrumentos e símbolos, são criados ao longo da história das sociedades e influenciam decisivamente no seu desenvolvimento social e cultural. Para Vygotsky, é através da internalização (reconstrução interna) de instrumentos e símbolos que se dá o desenvolvimento cognitivo. Quanto mais o sujeito vai utilizando símbolos, tanto mais se vão modificando, fundamentalmente, as operações psicológicas que ele é capaz de fazer. Da mesma forma, quanto mais instrumentos ele vai aprendendo a usar tanto mais se amplia, de modo quase ilimitado, a gama de actividades nas quais pode aplicar as suas novas funções psicológicas. Como os instrumentos e símbolos são construções sócio-históricas e culturais, a apropriação destas construções pelo aprendiz dá-se primordialmente pela via da interacção social. Ao invés de evidenciar o indivíduo como unidade de análise, Vygotsky acentua a interacção social. É ela o veículo fundamental para a transmissão dinâmica (de inter e intrapessoal) do conhecimento construído social, histórica e culturalmente (Doria, 2004; Schütz, 2004; Marques, 2007; Dahms *et al.*, 2007).

A interacção social implica um mínimo de duas pessoas permutando significados. Implica também um certo grau de reciprocidade e bidireccionalidade, p.e., um envolvimento activo, de ambos os participantes.

A aquisição de significados e a interacção social são inseparáveis na perspectiva de Vygotsky, visto que os significados dos símbolos são construídos socialmente.

Para interiorizar símbolos, o ser humano tem que captar os significados já compartilhados socialmente. Ou seja, tem que passar a compartilhar significados já aceitos no contexto social em que se encontra. E é através da interacção social que isso ocorre. É só através dela que a pessoa pode captar significados e confirmar que os que está captando são aqueles que são compartilhados socialmente (Dahms *et al.*, 2007).

Naturalmente, a linguagem (sistema de símbolos) é extremamente importante na perspectiva vygotskyana. Aprender a falar uma língua, por exemplo, liberta a criança de vínculos contextuais imediatos e esta descontextualização é importante para o desenvolvimento dos processos mentais superiores. A competência linguística, por sua vez, é importante para a interacção social, mas sendo a língua um sistema de símbolos, a sua aquisição também depende, fundamentalmente, da interacção social.

A aprendizagem significativa depende, então, da interacção social, p.e., de intercâmbio, troca, de significados via interacção social.

Destacam-se, nesta abordagem à construção da aprendizagem, aspectos similares aos da concepção piagetiana, nomeadamente: i) **perspectiva genética**, considerando que a abordagem desenvolvimentista é essencial para a compreensão dos fenómenos psicológicos, em especial dos processos mentais mais elaborados (operações intelectuais em Piaget; classificações lógicas ou operações simbólicas para Vygotsky); ii) **abordagem dialéctica** do desenvolvimento psicológico, considerando que este envolve uma interacção contínua entre processos distintos mas interdependentes, tais como a assimilação/acomodação e a interiorização/exteriorização. São processos que levam a formas cada vez mais elaboradas de raciocínio lógico e de acção mediada; iii) **visão não reducionista**, pois que inteligência e consciência humanas são formas de organização e adaptação ao meio não redutíveis a conjuntos de reflexos, nem às primeiras manifestações externas em que essas formas de organização se expressam por vezes; iv) **visão não dualista**, na medida em que o sujeito individual e o seu contexto físico-social não são dicotomias ou polaridades independentes e isoladas, mas realidades interdependentes e relacionais; v) **importância da acção**, que é considerada na origem das diversas formas de inteligência e de todas as funções da consciência (Lourenço, 2002). “*Conhecer não consiste em copiar o real mas em agir sobre ele e transformá-lo*” (Piaget, 1967, *apud* Lourenço, 2002:111). “*No princípio está a acção. A palavra não foi o princípio – a acção existia antes dela; a palavra está no fim do desenvolvimento, é o coroar da acção*” (Vygotsky, 1962, *apud* Lourenço, 2002:111); vi) **primazia dos processos de desenvolvimento**, não os seus produtos externos ou formas exteriores (os testes mentais não eram da simpatia de ambos – estavam mais interessados em compreender qual o tipo de inteligência que está por detrás de qualquer comportamento inteligente do que em medir a quantidade de inteligência; vi) **foco nas mudanças qualitativas**, valorizando o aparecimento da memória mediada após a emergência da memória natural

(Vygotsky); aparecimento das operações formais depois das operações concretas (Piaget) (Lourenço, 2002).

Das concepções de Vygotsky sobre o modo de construção da aprendizagem podemos, então, extrair alguns conceitos que ancoram este processo:

- a) **Processo de formação de conceitos:** ocorre nas relações entre pensamento e linguagem em que a questão cultural no processo de construção de significados pelos indivíduos, o processo de internalização e o papel da escola na transmissão de conhecimento, que é de natureza diferente daqueles aprendidos na vida quotidiana, propõem uma visão de formação das funções psíquicas superiores como internalização mediada pela cultura;
- b) **Funcionamento do cérebro humano:** constitui o nível filogenético no processo de desenvolvimento humano, sendo que o cérebro é a base biológica deste desenvolvimento, e as suas peculiaridades definem limites e possibilidades para o desenvolvimento humano. Essas concepções fundamentam a sua ideia de que as funções psicológicas superiores (por ex. linguagem, memória) são construídas ao longo da história social do homem, na sua relação com o mundo. Desse modo, as funções psicológicas superiores referem-se a processos voluntários, acções conscientes, mecanismos intencionais e dependem de processos de aprendizagem;
- c) **Mediação:** é um conceito central para a compreensão das suas concepções sobre o desenvolvimento humano como processo sócio-histórico: enquanto sujeito do conhecimento o homem não tem acesso directo aos objectos, mas acesso mediado, através de recortes do real, operados pelos sistemas simbólicos de que dispõe, portanto enfatiza a construção do conhecimento como uma interacção mediada por várias relações, ou seja, o conhecimento não é visto como uma acção do sujeito sobre a realidade, como no construtivismo, mas sim pela mediação feita por outros sujeitos. **O outro social** pode apresentar-se por meio de objectos, da organização do ambiente, do mundo cultural que rodeia o indivíduo;
- d) **A linguagem:** constitui o sistema simbólico dos grupos humanos, sendo ela que fornece os conceitos, as formas de organização do real, a mediação entre o sujeito e o objecto do conhecimento. É por meio dela que as funções mentais superiores são socialmente formadas e culturalmente transmitidas, portanto, sociedades e culturas diferentes produzem estruturas diferenciadas;
- e) **A cultura:** fornece ao indivíduo os sistemas simbólicos de representação da realidade, ou seja, o universo de significações que permite construir a interpretação do mundo real. Ela dá o local de negociações no qual os seus membros estão em constante processo de recriação e reinterpretação de informações, conceitos e significações;
- f) **Processo de internalização:** envolve uma actividade externa que deve ser modificada para se tornar uma actividade interna, é *interpessoal e torna – se intrapessoal*.

Estes seis elementos explicam e sustentam a abordagem da aprendizagem enquanto processo de construção pessoal e interpessoal potenciada por estratégias de mediação promotoras da potencialidade inerente a qualquer indivíduo em situação de aprendizagem. Particularmente na enfermagem a perspectiva de Vygotsky tem sido utilizada por investigadores que referem que os seus referenciais teóricos permitiram conduzir discussões entre o professor e os colegas de modo a actuar na Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) do estudante, processo através do qual se pôde desencadear na pessoa o processo de construção e de modificação, enriquecendo e diversificando os esquemas de conhecimento definidos pela aprendizagem escolar (Nakatani, Carvalho e Bachion, 2000). Outros investigadores referem que este referencial facilita a gestão da informação no contexto hospitalar como elemento estruturante da actividade dos enfermeiros; e a importância da dimensão cognitiva no processo de regulação da carga de trabalho (Pinho, Abrahão e Ferreira, 2003) e facilita o caminho que faz emergir uma postura mais reflexiva daqueles profissionais (Higarashi, 2005). Aguiar (2006) documenta o processo ensino-aprendizagem pelo conceito de zona de desenvolvimento proximal a partir do processo de desenvolvimento de habilidades técnicas em laboratório na parceria estudante-estudante e Dias (2006) refere a promoção da planificação de cuidados conscientes por parte dos enfermeiros a partir de factores de mediação centrados em formatos de registo próprios. A construção de instrumentos mediadores, a partir das concepções de Vygotsky para o desenvolvimento do trabalho em equipa, é também relatada por investigadores acerca do trabalho de enfermagem (Thofehrn, Leopardi e Amestoy, 2008).

Teoria de Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner nasceu em Moscovo em 1917, imigrou para os EUA com seis anos de idade onde realizou os seus estudos na área da psicologia do desenvolvimento. Foi assistente de psicologia na Universidade de Michigan e posteriormente Professor de Desenvolvimento Humano, Estudos da Família e Psicologia na Universidade de Cornell¹⁰ em Nova York e publica em 1979 *The ecology of human development, experiments by nature and design* pela University Press, em Harvard (Farinha, 2008). Na abordagem apresentada nesta obra Urie Bronfenbrenner critica a abordagem tradicional da psicologia do desenvolvimento, nomeadamente a atomização dos estudos de investigação relativos às características de cognição, emoção, motivação e personalidade, psicopatologia ou comportamento social e desenvolvimento sem considerar o ambiente ecológico no qual tais processos ocorrem (Portugal, 1992; Bronfenbrenner, 2002; Martins e Szymansky, 2004; Castro, 2006). Como ele próprio afirma “*grande parte da psicologia desenvolvimental [...] é a ciência do comportamento desconhecido da criança em situações desconhecidas com adultos desconhecidos pelos períodos de tempo mais breves possíveis.*” (Bronfenbrenner, 2002:16).

¹⁰ http://en.wikipedia.org/wiki/Urie_Bronfenbrenner

A partir de finais da década de noventa, decorrente do desenvolvimento da sua própria investigação e das críticas que entretanto lhe são dirigidas (Abreu, 2007), a teoria de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner é apresentada numa concepção reformulada em relação ao conceito inicial de modelo ecológico (Cecconello e Koller, 2003; Martins e Szymansky, 2004). O modelo de desenvolvimento humano passa a ser designado de modelo bioecológico, realçando a importância dos contextos socioculturais no processo de desenvolvimento humano, dando mais atenção aos processos que suscitam a interacção pessoa-ambiente e recusando a ideia de que a pessoa é um mero receptáculo de estímulos do meio (Abreu, 2007).

A nova abordagem, agora designada de bioecológica do desenvolvimento humano trata, então, da análise de características pessoais, dos processos de desenvolvimento, do contexto e história, propondo a interacção de diferentes esferas do funcionamento psicológico e desenvolvimento, tanto em relação aos aspectos teóricos como aos desenhos de investigação (Portugal, 1992; Martins e Szymansky, 2004; Castro, 2006).

A teoria de Bronfenbrenner é suportada por um conjunto de conceitos básicos: *Pessoa em desenvolvimento*, sendo esta encarada não como uma tábua rasa sobre a qual o ambiente provoca o seu impacto, mas como uma entidade em crescimento, dinâmica, que progressivamente penetra no meio em que reside e o reestrutura; *Interacção bidireccional* entre a pessoa e o meio ambiente, sendo esta interacção considerada de reciprocidade. Este aspecto constitui uma nova reformulação ao modelo inicial, pois que o elemento de bidireccionalidade entre pessoa e ambiente não era inicialmente considerado, passando o modelo a dar uma maior ênfase não só na interacção da pessoa em desenvolvimento com outras pessoas, mas com objectos e símbolos. (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Martins e Szymansky, 2004). O *Meio ambiente* inclui as interconexões entre os diferentes ambientes no processo de desenvolvimento do indivíduo, bem como as influências externas oriundas de ambientes mais amplos, não se limitando ao contexto imediato, mas englobando a inter-relação entre vários contextos (Bronfenbrenner, 2002; Farinha, 2008).

O estudo do desenvolvimento humano, na perspectiva bioecológica, envolve quatro núcleos inter-relacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Bronfenbrenner, 2002; Cecconello e Koller, 2003). Esta teoria tem vindo a ser trabalhada pelo próprio autor no sentido de a desenvolver criticamente. Relativamente ao modelo original, Bronfenbrenner considera que aquele atribuía uma grande ênfase ao papel do ambiente durante o desenvolvimento e uma menor atenção aos processos individuais, pelo que actualmente o elemento processo constitui o factor central da sua teoria (Cecconello e Koller, 2003). Deste modo, as diferentes formas de interacção das pessoas com o ambiente, bem como as características da pessoa em desenvolvimento constituem o processo de desenvolvimento, visto de modo mais dinâmico e interactivo do que no modelo original (Cecconello e Koller, 2003). O desenvolvimento ocorre, então, através de processos de interacção reciprocamente contingentes, progressivamente mais complexo de um ser humano activo, biopsicologicamente em evolução com as pessoas, objectos e símbolos

presentes no seu ambiente imediato. Inclui tanto padrões de estabilidade quanto de mudanças nas características biopsicológicas dos seres humanos nas suas vidas e ao longo das gerações (Bronfenbrenner, 2002a; Castro, 2006).

O processo é destacado como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, sendo visto enquanto processos de interacção do ser humano progressivamente mais complexos com as pessoas, objectos e símbolos presentes no seu ambiente mais próximo, que são denominadas no modelo bioecológico como processos proximais de desenvolvimento (Cecconello e Koller, 2003).

Bronfenbrenner (2002; 2002a) assinala a importância da presença simultânea de cinco aspectos, naquilo que considera ambiente proximal: i) Para que o desenvolvimento ocorra, é necessário que a pessoa esteja envolvida numa determinada actividade; ii) Para ser efectiva em termos de desenvolvimento, a interacção deve acontecer numa base relativamente regular, através de períodos dilatados de tempo, não sendo possível ocorrer desenvolvimento efectivo pela realização de actividades ocasionais; iii) As actividades devem ser progressivamente mais complexas, daí a necessidade de um período de tempo estável; iv) Para que os processos proximais sejam efectivos, em termos de desenvolvimento, deve haver reciprocidade nas relações interpessoais; e v) Para que a interacção recíproca ocorra, os objectos e símbolos presentes no ambiente imediato devem estimular a atenção, exploração, manipulação e imaginação da pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2002; 2002a; Cecconello e Koller, 2003).

Os processos proximais podem produzir dois tipos de efeitos: a) *competência*, que se refere à aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direccionar o seu próprio comportamento através de situações e domínios evolutivos, tanto isoladamente como através de uma combinação entre eles (intelectual, físico, socioemocional, motivacional e artístico); e, b) *disfunção*, que se refere à manifestação recorrente de dificuldades em manter o controle e o ajustamento do comportamento a situações e diferentes domínios do desenvolvimento (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Cecconello e Koller, 2003). Os dois tipos de resultados dependem da natureza do ambiente onde eles ocorrem, mas quando ocorre disfunção, o seu impacto no desenvolvimento da pessoa será maior em ambientes desfavoráveis ou desorganizados, pois nestes ambientes as manifestações de disfunção são mais frequentes e mais severas (Bronfenbrenner, 2002). Do mesmo modo, quando ocorre competência, o seu impacto no desenvolvimento da pessoa será maior em ambientes mais favoráveis ou estáveis, já que nestes ambientes as manifestações de competência ocorrem com mais frequência e intensidade (Bronfenbrenner, 2002).

O segundo componente do modelo bioecológico é a pessoa. A pessoa é analisada em função das suas características determinadas biopsicologicamente e aquelas construídas na sua interacção com o ambiente (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Cecconello e Koller, 2003). No modelo bioecológico, as características da pessoa são vistas como produtoras e como produtos do desenvolvimento, pois constituem um dos elementos que influenciam a forma, a força, o conteúdo e a direcção dos processos proximais e, ao mesmo tempo, são resultado da interacção

conjunta destes elementos – processo, pessoa, contexto e tempo (Bronfenbrenner, 2002; 2002a). Assim, no modelo bioecológico, a pessoa em desenvolvimento é um ser dinâmico, que aos poucos se insere no meio em que vive e o reorganiza. Esta interacção dá-se de modo recíproco e quando a posição da pessoa se altera em relação ao contexto, como resultado de uma mudança de papel e/ou ambiente, estamos perante aquilo que o autor designa de *transição ecológica* (Bronfenbrenner, 2002). O desenvolvimento está relacionado com a estabilidade e as mudanças nas características biopsicológicas da pessoa durante o seu ciclo de vida (Bronfenbrenner, 2002a; Ceconello e Koller, 2003).

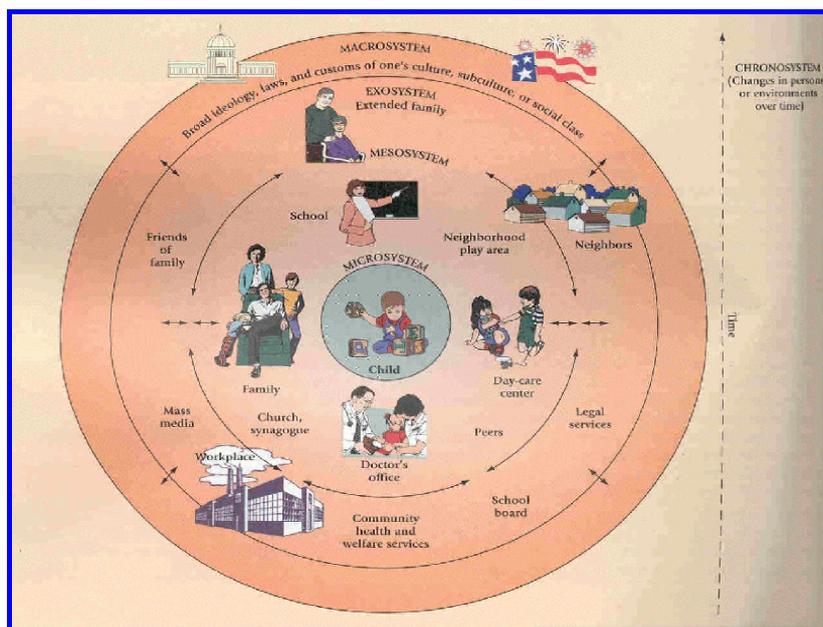
Ceconello e Koller (2003), referindo-se a Bronfenbrenner e Morris, (1998), referem três grupos de características pessoais que actuam no processo de desenvolvimento: *disposições comportamentais activas*, que podem ser produtivas ou inibidoras; *recursos bioecológicos*, que constituem deficiências ou dotes psicológicos que influenciam a capacidade individual para o envolvimento efectivo nos processos proximais; e *características de exigência*, que constituem atributos pessoais capazes de requerer ou impedir reacções do ambiente social, inibindo ou favorecendo a intervenção dos processos proximais no crescimento psicológico. Estas características incluem aspectos como aparência física atractiva *versus* não atractiva e hiperactividade *versus* passividade (p. 517-518).

A visão bioecológica do desenvolvimento humano acentua ainda as *actividades molares*, enquanto comportamentos que têm continuidade, significado próprio e intencionalidade para a pessoa que os apresenta, sendo consideradas actividades integrantes dos processos proximais e através delas a pessoa exercita a autonomia e o desempenho de diferentes papéis (Alves *et al.*, 1999; Bronfenbrenner, 2002a). Alves *et al.* (1999) referem que, contrariamente a essas actividades, Bronfenbrenner assinala as *actividades moleculares*, que são ocorrências efémeras, não possuindo o significado e a intencionalidade atribuídos às primeiras.

O contexto, terceiro componente do modelo bioecológico, é considerado em quatro níveis de interacção ambiental, denominados *microsistema*, *mesosistema*, *exosistema* e *macrosistema*. Estes sistemas estão organizados como um embutido de estruturas concêntricas, cada uma contendo a outra, compondo o que Bronfenbrenner (2002) denomina de meio ambiente ecológico, como se apresenta na figura 10.

O microsistema é constituído por um conjunto de actividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento nos ambientes que ela frequenta e estabelece relações directas (Bronfenbrenner, 2002). O autor enfatiza o termo *experienciado* para indicar o modo como a pessoa percebe e atribui significado aos elementos do ambiente, o que vai além das suas características objectivas. É no contexto dos microsistema que operam os processos proximais, produzindo e sustentando o desenvolvimento, embora a sua eficácia desenvolvimental dependa da estrutura e conteúdo dos mesmos. As interacções dentro do microsistema ocorrem com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do ambiente e são permeadas pelas características de disposição, de recurso e de exigência das pessoas envolvidas (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Ceconello e Koller, 2003).

Figura 10. Modelo bioecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner



Fonte: Farinha (2008)

O mesosistema consiste no conjunto de microsistemas que uma pessoa frequenta e nas interações estabelecidas neles, sendo ampliado sempre que uma pessoa passa a frequentar um novo ambiente. Os processos que operam nos diferentes ambientes frequentados pela pessoa são interdependentes, influenciando-se mutuamente (Bronfenbrenner, 2002). Assim, a interação de uma pessoa em determinado lugar, por exemplo, no trabalho, é influenciada e também sofre a influência de sua interação dentro de outro ambiente, como a família.

O exosistema envolve os ambientes que a pessoa não frequenta como um participante activo, mas que desempenham uma influência indirecta sobre o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 2002). O autor identifica três exosistemas como muito importantes para o desenvolvimento da criança, devido à sua influência nos processos familiares: o trabalho dos pais, a rede de apoio social e a comunidade em que a família está inserida (Bronfenbrenner, 2002; 2002a).

O macrosistema é composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no quotidiano das pessoas que influenciam seu desenvolvimento. Assim, a cultura na qual os pais foram educados, os valores e as crenças transmitidos pelas suas famílias de origem, bem como a sociedade actual onde eles vivem, interferem na maneira como eles educam seus filhos (Bronfenbrenner, 2002).

Finalmente, o quarto componente do modelo bioecológico – o tempo – permite examinar a influência para o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida. O tempo é analisado em três níveis do modelo bioecológico: microtempo, mesotempo e macrotempo (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Cecconello e Koller, 2003). O microtempo refere-se à continuidade e à descontinuidade observadas dentro dos episódios de processo proximal. O modelo bioecológico condiciona a efectividade dos processos proximais à ocorrência de uma interacção recíproca, progressivamente mais complexa, numa base de tempo

relativamente regular, não podendo este funcionar efectivamente em ambientes instáveis e imprevisíveis. A um nível mais elevado, o mesotempo refere-se à periodicidade dos episódios de processo proximal através de intervalos de tempo maiores, como dias e semanas, pois os efeitos cumulativos destes processos produzem resultados significativos no desenvolvimento. O macrotempo focaliza as expectativas e eventos de mudança dentro da sociedade ampliada, tanto dentro como através das gerações, e a maneira como estes eventos afectam e são afectados pelos processos e resultados do desenvolvimento humano dentro do ciclo de vida. Assim, a análise do tempo dentro destes três níveis deve centrar a pessoa em relação aos acontecimentos presentes na sua vida, desde os mais próximos até os mais distantes, como grandes acontecimentos históricos, por exemplo. Bronfenbrenner e Morris (1998) citados por Ceconello e Koller (2003) salientam que as mudanças que ocorrem através do tempo, nas quatro propriedades do modelo bioecológico, não são apenas produtos, mas também produtores da mudança histórica.

Este modelo bioecológico acentua a interacção dos seus principais componentes, constituindo um referencial teórico adequado para a realização de investigação sobre o desenvolvimento no contexto *“pois permite incluir vários níveis de análise, possibilitando examinar a influência do ambiente para o desenvolvimento das pessoas”* (Ceconello e Koller, 2003: 519).

Bronfenbrenner e Evans (2000) citados por Ceconello e Koller (2003) consideram que a pesquisa para o séc. XXI deverá orientar-se no sentido de investigar os efeitos do caos que actualmente se vivencia nas sociedades de modo a identificar factores que possam minimizar os seus efeitos, nomeadamente a violência e a pobreza que interferem no desenvolvimento e adaptação das pessoas. De acordo com o modelo bioecológico, o caos está presente nos vários sistemas ambientais, sendo caracterizados por uma actividade inquieta, falta de estrutura, imprevisibilidade nas actividades diárias e níveis exacerbados de estimulação ambiental que podem interferir no desenvolvimento e manutenção dos processos proximais que levam à competência, bem como produzir processos que geram disfunção (Ceconello e Koller, 2003). Deste modo, Bronfenbrenner (2002) sugere abordagens investigativas que incluam os quatro elementos do modelo bioecológico – processo, pessoa, contexto e tempo – que assegurem a sua interdependência, garantindo rigor na validade ecológica dos estudos (ambientes diversificados, várias variáveis concorrentes e delineamentos de pesquisa geradores de novas hipóteses).

Esta abordagem teórica tem vindo a constituir referencial para vários estudos em ambiente natural, nomeadamente as questões da relação médico-cliente (Franco, Bastos e Alves, 2005), as percepções e sentimentos de presidiários acerca da sua condição paterna (Silva, 2007), o suporte parental e o desempenho escolar de crianças no ensino básico (Andrada, 2007), o estudo de crianças em situação de rua (Alves *et al.*, 1999), o estudo sobre a saúde de adolescentes, também em situação de rua (Morais, 2005), o estudo dos processos de transformação identitária profissional dos enfermeiros em contexto de saúde comunitária (Abreu, 2001), entre outros.

Pretendemos, com as abordagens aos paradigmas e teorias de aprendizagem centradas no formando valorizar e sustentar uma pedagogia da interacção no processo de aprendizagem dos

estudantes de enfermagem, acentuando a importância das experiências, a importância da construção de significados pela reflexão sobre as mesmas, bem como o apoio e a mediação oferecidos que deve permitir que o estudante realize tarefas de aprendizagem que ele sozinho, no momento, não seria capaz de as realizar. Também, aspiramos sustentar e enquadrar teoricamente o processo de desenvolvimento do estudante considerando o seu percurso de aprendizagem clínica como processos de transição ecológica entre diferentes sistemas, bem como o desenvolvimento de actividades molares, a construção de narrativas reflexivas a par das experiências de cuidados, que o contexto, o tempo e as características do próprio estudante ajudam a consolidar.

4. REFLEXÃO E PRÁTICAS REFLEXIVAS

Na sequência do exposto no capítulo anterior, podemos afirmar que a pessoa, pelo menos do ponto de vista teórico, não só adquire mas também constrói conhecimento pela sua interacção com a realidade, actividades e resolução de problemas envolvendo toda a sua energia, seja ela de natureza consciente ou inconsciente, objectiva ou subjectiva.

Estes fenómenos de construção do conhecimento e desenvolvimento pessoal, envolvem várias dimensões que se conjugam e interpenetram na busca constante da explicação e compreensão da realidade que conduz ao desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, quer em relação às ideias, quer em relação às atitudes ou às práticas (Tavares, 1992).

Nesta perspectiva, o processo de ensino-aprendizagem tem vindo a ser visto como um processo de produção e de desenvolvimento psicológico, bem como da personalidade, no sentido autêntico do desenvolvimento pessoal e social do sujeito (Vieira, 1993).

A problemática do desenvolvimento pessoal e social do sujeito enquanto processo de construção de conhecimento tem suscitado o interesse dos investigadores em educação que têm procurado analisar e interpretar o trabalho do ensino a partir de diferentes perspectivas e múltiplos referenciais conceptuais.

A prática reflexiva é sugerida por vários investigadores que têm desenvolvido os seus pressupostos no sentido de optimização da construção do saber e do desenvolvimento pessoal e social (Tavares, 1992; Vieira, 1993; Soares, 1995; Simões e Simões, 1995; Hübner, 1999; Sá-Chaves, 2000a; Alarcão, 2001; 2003). Assim, expressões como *reflexão*, *reflexividade*, *prática reflexiva*, *desempenho reflexivo*, *formação reflexiva*, *acção reflexiva* estão presentes no vocabulário pedagógico e têm-se integrado, pelo menos no domínio das intenções, como componente central em reformas educativas e programas de formação de professores, um pouco por todo o mundo (Alarcão, 1996).

O movimento da prática reflexiva inicia-se na década de oitenta, praticamente em todo o mundo, com esforços no sentido da questão reflexiva passar a ser a componente central da reforma educativa. Investigadores da educação, formadores de professores e os próprios professores debruçam-se sobre a questão da reflexão, desenvolvendo-se o conceito de professor como prático reflexivo, que reconhece a riqueza da experiência que reside na prática dos bons professores (Zeichner, 1993). A noção de prática reflexiva é, assim, entendida como sendo mais do que o simples acto de pensar a prática.

Schön (1992) considera prática reflexiva como um processo de transformar o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem a qual pode ajudar a alterar e modificar as abordagens nessa mesma prática. Considera, ainda que, é um meio estruturado de identificar o conhecimento relevante na prática, passá-lo em revista e percebê-lo. O praticante que reflecte cultiva e melhora a sua capacidade e conhecimentos profissionais, estando menos exposto à rotinização, rituais ou teorias estabelecidas.

Na mesma linha de pensamento, Vieira (1993) advoga como pressupostos da prática reflexiva que *a prática é geradora de teoria*, na medida em que, contrariamente a um modelo de formação que nega o valor epistemológico da prática e que perspectiva a competência profissional como o resultado da aplicação da teoria, valoriza o saber construído pelo sujeito a partir da reflexão sobre a prática. Por outro lado, considera que *o bom profissional é um ser reflexivo*, pois que, por oposição à visão tecnicista do profissional na qual se ignora o carácter problemático e indefinido das situações profissionais, como atrás referido, sobrepõe-se a sua imagem como sujeito eminentemente reflexivo que deve possuir não só a capacidade de resolver problemas, mas também a capacidade de equacionar problemas no seu contexto de ocorrência e de tomar decisões face a resoluções alternativas; e ainda que *um profissional autónomo forma seres autónomos*, pois que à legitimação da autonomia epistemológica do profissional corresponde a legitimação da autonomia epistemológica dos sujeitos sobre os quais o profissional venha a exercer a sua acção.

Com base nestes três pressupostos, respectivamente focalizados nas noções de “prática”, “reflexão” e “autonomia” do profissional, Vieira (1993) desenvolve um trabalho de construção de uma prática reflexiva de professores considerando como princípios característicos de um modelo reflexivo de formação:

- a) *Princípio do enfoque no sujeito*, no qual as acções de formação devem partir do sistema apreciativo do sujeito em formação e permitir o seu crescimento epistemológico autónomo, através de tarefas de descrição, interpretação, confronto e reconstrução;
- b) *Princípio do enfoque nos processos de formação*, com destaque para processos de natureza reflexiva, conducentes a um questionamento geral do saber e da experiência, nomeadamente nas áreas específicas da formação;
- c) *Princípio da problematização do saber*, considerando que o saber (“saber que” e “saber como”), experimentado pelo sujeito ou a ele descrito por outrem, é uma construção pessoal, e quando confrontado com outros saberes, aquele é reconstruído em relação com eles;
- d) *Princípio da integração teoria-prática*, que é contrário ao da subordinação da segunda à primeira e consagrador de uma epistemologia da prática;
- e) *Princípio da introspecção metacognitiva*: pela qual a reflexão sobre processos de pensamento pode motivar alterações no seu conteúdo, e como tal no sistema apreciativo do sujeito que reflecte (Vieira, 1993).

Do mesmo modo, Tavares (1992) sugere a prática reflexiva no sentido da reflexão do sujeito sobre o próprio conhecimento, a acção, os comportamentos e as diferentes formas para a sua avaliação como caminho para compreender, de um modo mais consistente, o processo dialéctico entre o real, o imaginário e o simbólico e sobre ele actuar. Correia (sd) acrescenta que a experiência pode gerar espaços de reflexão susceptíveis de contribuir para a definição de desafios futuros, mais do que constituir exemplo de respostas antecipadas. Deste modo, a

reflexão é um instrumento essencial ao desenvolvimento do pensamento e da acção (Carvalho, 2000) e Alarcão (1993) no prefácio do livro *Supervisão: uma prática reflexiva de formação de professores* (Vieira, 1993) salienta que:

“O elemento reflexão é hoje a tónica do discurso sobre as finalidades educativas, quer nos ocupemos delas ao nível da formação dos alunos, dos professores ou dos supervisores. Essencial a um processo contínuo de desenvolvimento e aprendizagem, de construção do ser, do saber e do agir, a reflexão surge como indispensável para desenvolver a autonomia que permite ao homem enfrentar com confiança e eficácia os dilemas que caracterizam o mundo contemporâneo. Agir nestas circunstâncias implica compreender a situação e tomar atempadamente as decisões mais correctas. Implica saber recorrer ao saber, a saberes de vária natureza, avaliá-los nos contributos que podem trazer à solução do problema em questão. Implica também conhecer-se a si próprio nos seus valores e nas suas concepções, mas igualmente ser capaz de descobrir, no agir e no dizer dos outros, as suas posturas, crenças, conhecimentos e anseios. Implica dialogar, confrontar, reflectir para criar novos olhares e novas formas de agir” (p.12).

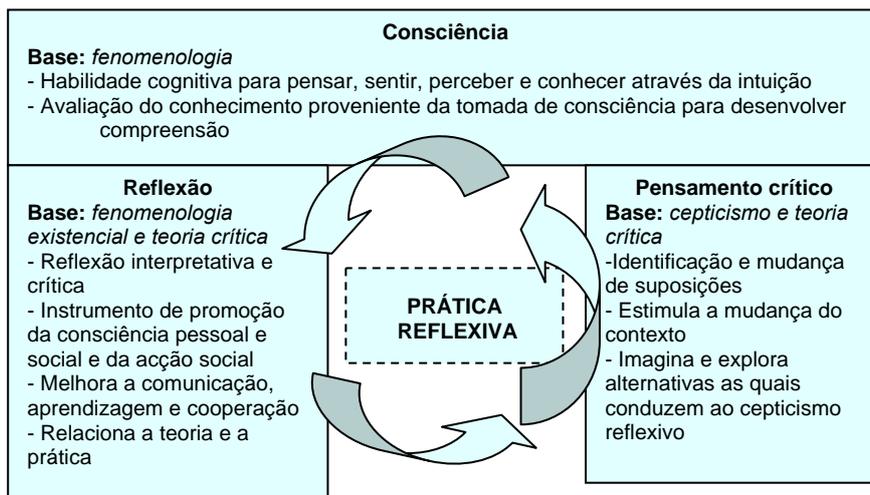
Watson (2005), no âmbito das considerações em torno da prática reflexiva, considera também que a prática reflexiva nos abre ao nosso mundo pessoal, permitindo-nos encarar as nossas práticas individuais, descobrir os valores individuais e colectivos, a ética e o envolvimento/comprometimento profissional. Pela prática reflexiva é possível considerar um nível profundo de reflexão, o qual transcende o óbvio, permitindo ver sabedoria por detrás do saber, colocar questões de natureza ético-moral, encontrar a justaposição e intersecção entre o abstracto/teórico e o pré reflexivo, bem como a sensibilidade ética no quotidiano da experiência pessoal. A intersecção entre as noções de competência transpessoal e ontológica é também possível nos processos de prática reflexiva, bem como o desenvolvimento de abertura para o terreno específico do campo cuidativo *versus* prática curativa, considerando o *“ser/estar a” (interbeing)*, de modo a chegar a um saber por detrás do saber, mudar de um discurso profissional académico para um diálogo pessoal entre o interior e o exterior no sentido de desocultar a sabedoria pré reflexiva e as competências cuidativas ontológicas e éticas compassivas (Watson, 2005: vii - ix).

A autora considera que as práticas reflexivas constituem práticas de *“coração aberto”* (p. ix), no sentido do compromisso pessoal, meditação formal, conexão com a natureza e contemplação diária que nos direccionam para a construção da autenticidade pessoal e um contributo ético e estético para cuidar. A prática pessoal autêntica torna-se um processo de criar um sentido filiado no *“sagrado”* e reverência no nosso trabalho pelo desenvolvimento ontológico do eu.

Eixos estruturantes da prática reflexiva

Pelo acima exposto, podemos referir que a prática reflexiva ocorre em torno de três eixos: a *tomada de consciência*, a *reflexão* e o *pensamento crítico*, que se podem constituir como elementos estruturantes da acção e do próprio sujeito em situação de aprendizagem, como procuramos representar pela figura 11 e que a seguir explicitaremos.

Figura 11. Eixos estruturantes e bases filosóficas do conceito “prática reflexiva”



Fonte: Adaptado de Eby (1999)

Consciência

Como já referido, a prática reflexiva é um processo pelo qual pretendemos ir além da experiência de vida, considerando que, como descrito pelo filósofo Wilhelm Dilthey (1833-1911), citado por Eby (1999), a experiência de vida é a consciência da vida sem pensar nela. Fazendo uso da consciência, da reflexão e do pensamento crítico de forma a retirarmos dessa experiência de vida tudo o que envolve a sua totalidade permite extrair e construir o conhecimento relevante.

A consciência é vista enquanto habilidade cognitiva para pensar, sentir, perceber e conhecer através da intuição. É a intuição mais ou menos clara e explícita que o indivíduo humano possui dos factos ocorridos consigo, enquanto pessoa. Não uma *consciência simples* ou *espontânea*, na qual o sentimento interior, a intuição imediata, não é confrontada com aquilo que o sujeito é, mas uma *consciência reflexiva*, aquela que implica o conhecimento “*dos estados psíquicos por um eu que deles se distingue*” (Cuvillier, 1973: 49).

Nesta acepção, a consciência tem o seu fundamento na *fenomenologia husserliana*, que explica o conhecimento “*de tudo o que está, de qualquer modo ou em qualquer sentido, presente à mente, independentemente de corresponder ou não a qualquer coisa real*” (Marías, 1978:394). Implica a descrição de experiências directas observadas (*consciência intencional* de Husserl), num movimento de transcendência para o objecto, pelo qual o próprio objecto se apresenta à consciência. É significação, ser-consciente, pela técnica filosófica de “análise intencional” que

torna possível explicitar o *a priori* da relação entre o objecto, o fenómeno e os modos de apresentação. Trata-se de um registo permanentemente intuitivo e descritivo do carácter intencional da consciência (Marías, 1978).

A consciência, na sua base fenomenológica, é, então, a capacidade do sujeito tomar conhecimento de si como autor em situação, conhecimento de si próprio que encerra a possibilidade de cada um identificar, conhecer e controlar conscientemente as múltiplas dimensões (Sá-Chaves, 2000a), apreendendo, no seu conjunto, as acções, sentimentos e pensamentos vividos, a partir do qual é possível fazer a reflexão. A leitura crítica dos saberes teóricos e dos saberes práticos é imprescindível ao desenvolvimento da auto-reflexibilidade que deve acompanhar as intervenções inovadoras (Correia, sd) e o potencial criativo dos estudantes na conceptualização e rearranjo das ideias até fazerem sentido e não apenas a memorizar e repetir o conteúdo (Martins, 2000).

Reflexão

O termo reflexão (do latim, *re-flectere* = ir atrás) evoca a ideia de uma conversão ou regresso da consciência, dispersa pelos interesses e objectos imediatos, à intimidade ou existência de si mesma. Esta recuperação ou “*presença de espírito*”, já iniciada pelo conhecimento sensível ou de senso comum (experencial/tácito), enquanto se vê e ouve, é completada pelas faculdades superiores do pensamento, mais propriamente pela inteligência que “*não só conhece que conhece, mas nesse seu conhecer, a si mesma se conhece*” (Cuvillier, 1973:155).

Schön (1992) considera a reflexão uma faculdade mental que trata dos produtos da sensação e da percepção, sendo caracterizada como uma experiência activa, interactiva e interpretativa usada na análise e na integração de novas e precoces estruturas do pensamento mas também como uma análise dos próprios factores afectivos. Acrescenta que é pela reflexão que se conhece o próprio acto intelectual de conhecer, aspecto reforçado por Tavares (1992) que considera que não podemos separar o desenvolvimento da pessoa humana da consciência da realização de determinadas actividades, tarefas ou problemas a resolver, sob pena de se comprometer os próprios mecanismos de aquisição e construção de conhecimento e a realização de actividades redundar num mero exercício de memorização. Acrescenta que não é possível “*conhecer sem ter consciência de alguma coisa*” (p.52), constituindo-se a reflexão uma condição essencial de todas as actividades mentais.

Entendida deste modo, a reflexão comporta duas asserções: uma primeira orientada para a interpretação do *ser*, enquanto conhecimento de si encarado como ser concreto – *fenomenologia existencial*, e uma segunda orientada para a investigação sobre o conhecimento humano, considerado na sua razão de verdade – *teoria crítica*.

Na sua base de *fenomenologia existencial*, a reflexão procura a “essência do existir”, “a existência autêntica” que Heidegger define como “estar no mundo” em que a descoberta da intencionalidade orienta o homem na busca da verdade do seu estar no mundo (Marías, 1978). O homem é o centro de atenção, encarado como ser concreto nas suas circunstâncias, no seu viver,

nas suas aspirações totais, em que a reflexão permite aos indivíduos atribuir sentido às suas experiências de vida através de uma análise destas experiências no contexto em que ocorrem.

Na perspectiva da teoria crítica, que busca o conhecimento humano, a reflexão é a capacidade para pensar e considerar experiências, percepções, ideias, crenças e valores exteriores ao *eu* com vista a descobrir novas relações ou identificar convergências para orientar a acção futura (Eby, 1999).

Nas duas asserções apontadas para o conceito de reflexão verifica-se, por um lado a procura de compreensão do conhecimento intrínseco ao próprio sujeito em situação – o metac conhecimento, ou o conhecimento que o próprio tem de si mesmo – e a busca do conhecimento de contexto, enquanto factor presente em situação, logo componente indissociável da vivência pessoal. A reflexão permite, assim, o confronto entre um conjunto de conhecimentos, de perspectivas, que importa olhar de forma interpretativa e crítica como instrumento de promoção da consciência pessoal e social e da acção social, em que a crítica e a recriação educativa não pode ser redutível à componente meramente escolar (Correia, 2001).

Pensamento Crítico

Para o desenvolvimento de uma construção pessoal do conhecimento, a prática reflexiva possui também as bases do pensamento crítico que assentam no *cepticismo* enquanto corrente do pensamento assim como na *teoria crítica*.

O *cepticismo*, na sua raiz psicológica, entendido como atitude mental de dúvida relativa a factos, circunstâncias e acontecimentos concretos, gera *temor, ansiedade e desconfiança* estimulando o sujeito a observar, reflectir, examinar e investigar pela procura da compreensão adequada. O céptico é insatisfeito e tem dúvidas acerca da posse da verdade originando o “*juízo aporético*” ou “*aquele que duvida*” (Marías, 1978).

Neste sentido ser céptico é ser crítico e envolve uma mente aberta e apreciação que considera as diferentes perspectivas, experiências e assunções num mundo de incerteza e mudança. Promove a identificação e mudança de suposições, estimula a mudança do contexto e a imaginação e exploração de alternativas as quais conduzem ao *cepticismo reflexivo*, próprio do pensamento crítico.

Ser crítico conduz ao exercício da *prática crítica* que requer um conhecimento apropriado e um desempenho competente, que continuamente reconhece a relatividade e contexto da sua prática, que respeita os outros como iguais, que estabelece relações através do diálogo usando a mediação e habilidades de negociação, que procura capacitar, e fundamentalmente que faz a diferença na vida dos outros (Eby, 1999).

Kuiper e Pesut (2004) advogam que pensamento crítico é cognição ou trabalho intelectual da consciência que envolve raciocínio e auto-disciplina usando habilidades específicas, bem como um conjunto de atitudes que capacitam a pessoa para reconhecer problemas, investigar a evidência para apoiar a verdade e determinar com precisão a lógica da evidência. Compreende habilidades relacionadas com a capacidade de activar e aplicar as atitudes e conhecimento

apropriado (Watson e Glaser, 1964 citados por Kuiper e Pesut, 2004), sendo um julgamento intencional e auto-regulado que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, bem como na explanação de evidências conceptuais, metodológicas, criteriológicas ou contextuais nas quais o julgamento é baseado (Facione, 1990 citada por Kuiper e Pesut, 2004). Os pensamentos e emoções são aspectos inerentes do pensamento crítico (Wallace, 1996 citado por Kuiper e Pesut, 2004).

O exercício da prática crítica/reflexiva supõe, então, um conjunto de capacidades e habilidades do sujeito na reconstrução do(s) significado(s) em situação, num processo que é contínuo, porque complexo, sempre novo e inacabado. Visto deste modo o conceito de prática reflexiva, salienta-se a importância do sujeito em acção que pode fazer a diferença pelo desenvolvimento da consciência crítica, conseguida através da reflexão. A consciência crítica capacita o profissional para reconhecer e resistir às pressões do quotidiano de modo a criar emancipação pela possibilidade de resolver problemas, de modo *não standard* (Sá-Chaves, 2004), dar resposta às exigências do mundo actual e participar plenamente numa sociedade democrática (Vieira, 2000).

A reflexão aliada ao eixo de pensamento crítico torna-se assim um instrumento que melhora o processo de aprendizagem no desenvolvimento profissional permitindo apoiar as crenças e valores pessoais e profissionais através da promoção da consciência pessoal e profissional, do sustentamento dos princípios de aprendizagem ao longo da vida e do estímulo à comunicação entre pares.

Em síntese, a prática reflexiva enquanto concepção e prática de uma nova epistemologia da educação 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 crítico*, enquanto forma de pensar analítica e sensata com o objectivo de decidir em que se deve acreditar, fazer ou tomar decisões e agir socialmente responsável, elementos que caracterizam as diferentes asserções do pensamento metacognitivo. A prática reflexiva permitindo a atribuição de sentido às experiências de vida produz conhecimento que, por sua vez, se integra na actividade total da pessoa humana.

4.1 REFLEXÃO E PROCESSOS REFLEXIVOS: CONCEITOS E TEORIAS

Para Argyris e Schön (1974) o propósito da prática reflexiva é a criação de um mundo melhor que reflecta os valores e crenças das pessoas nele habitam, através da construção ou revisão das teorias de acção das pessoas. A prática reflexiva promove a aprendizagem cíclica (*double loop*) porque gera realidades sociais mais desejáveis que requerem redesenhos estruturais bem como de acções.

É salientado que alguns modelos teóricos oferecem questões que estimulam a reflexão em torno do pensamento, sentimentos, comportamentos e teorias que podem implicitamente guiar o pensamento, sentimento e acção (Bulman, 1995; Johns, 1995).

No quadro das ciências da educação a prática reflexiva situa-se no paradigma reflexivo ou da reflexividade crítica, dado o carácter central da concepção de pessoa como ser em transformação, o conceito de formação reflexiva considerada como a auto-implicação do sujeito no esforço individual de crescimento, permitindo à pessoa, sujeito de aprendizagem, situar-se no mundo que o rodeia tendo consciência de que o compreende e nele pode intervir activamente porque se conhece a si próprio como ser pensante e actuante e conhece os referentes que lhe permitem interpretá-lo na sua constância, mas também no dinamismo das suas transformações. Mais que um conceito, a prática reflexiva é um modo de estar na acção que, por via da intencionalidade e consciência crítica, capacita o sujeito para agir na incerteza e imprevisibilidade que a complexidade das situações hoje transporta.

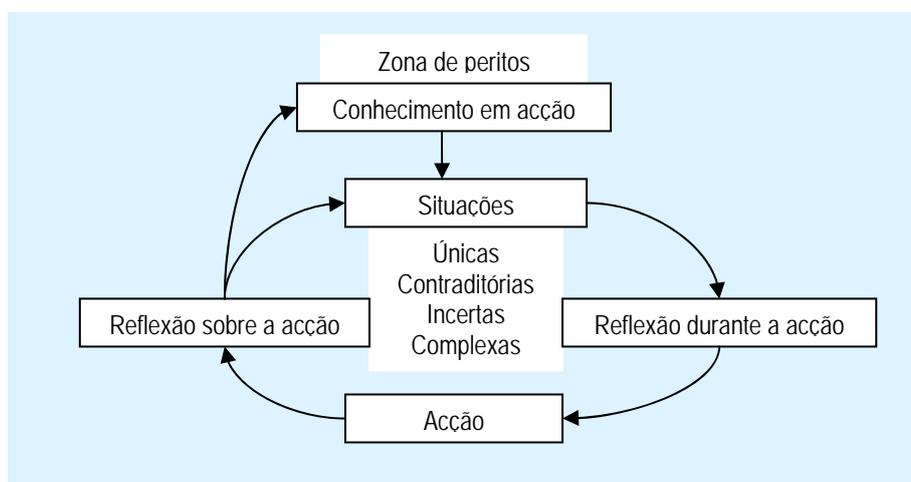
Constatamos, então, que o conceito de prática reflexiva põe a tónica na reflexão como processo intrapessoal a partir do qual se constrói conhecimento metacognitivo e identidade.

Donald Schön desenvolve a perspectiva do ensino e aprendizagem profissional a partir dos conceitos de “reflexão na acção” e “reflexão sobre a acção”.

Situando-se na aprendizagem de uma profissão em laboratório (*practicum*) – gabinete de arquitectura – o autor defende a reflexão como processo de aprendizagem por descoberta e por imitação, salientando a função do tutor neste processo. O tutor tem um papel de apoio e orientação do estudante no processo de “aprender fazendo” constituindo-se simultaneamente como co-aprendente, co-investigador e mediador, muito mais do que transmissor da informação (Schön, 1998).

Considerando que a preparação de profissionais para as exigências da prática é difícil e dilemática e que há crise de confiança na preparação dos profissionais, pois que os centros de formação profissional são acusados de não saber ensinar as noções elementares de uma prática eficaz e ética, Schön propõe o “*ensino da arte através da reflexão na acção*” pela exploração do *conhecimento tácito* e do *conhecimento na acção* (figura 12).

Figura 12. Aprendizagem a partir da prática profissional, segundo Schön



Fonte. Adaptado de Domenjó (2006)

Relativamente ao conhecimento tácito, Schön (1992), a partir da afirmação de Polany (1967): “Sabemos mais do que podemos dizer”, refere que aquele é caracterizado pela apreciação directa e sem raciocínio das qualidades dos materiais/situações que percebemos através das sensações tácitas (órgãos sensoriais).

É o conhecimento dito de nível 1, que Caraça (2005) refere como sendo um conhecimento de imitação que se aprende olhando para os outros. Este conhecimento, designado também por senso comum, é passível de ser descrito através da observação e reflexão sobre as nossas acções, sendo que as descrições do conhecimento tácito são sempre construções – tentativas de pôr de forma explícita e simbólica um tipo de inteligência que é inicialmente tácita e espontânea.

Quanto ao conhecimento na acção, este refere-se ao tipo de conhecimento revelado nas acções inteligentes que sejam observáveis do exterior – execuções físicas/motoras. O conhecimento na acção é dinâmico, e os factos, procedimentos, regras e teorias são estáticas. É uma actividade cognoscente enquanto qualidade dinâmica de conhecer na acção que, quando a descrevemos, se converte em conhecimento na acção.

Argyris e Schön, (1974) distinguem a aprendizagem linear na qual o agente procura outras alternativas para a consecução de um mesmo objectivo, enquanto que na aprendizagem cíclica o sujeito examina a adequação e propriedades das acções para os fins escolhidos. A aprendizagem cíclica envolve a reflexão em torno dos valores e normas e, por implicação, as estruturas sociais que são instrumentais no seu desenvolvimento e as quais lhe dão significado. Pela reflexão sobre a acção e o seu contexto, que é instrumental na sua criação, os agentes humanos podem aprender a mudar, no sentido de serem mais congruentes com os valores e teorias expostas.

A aprendizagem linear é o resultado de objectivos instrumentais da reflexão sobre a acção humana, enquanto que a aprendizagem cíclica é o resultado da reflexão em torno de normas, valores e relações sociais que subjazem à acção humana. Uma prática reflexiva séria serve a aprendizagem cíclica, a construção de realidades em enfermagem e cuidados de saúde socialmente mais desejáveis que estão em função do redesenho estrutural e da acção (Argyris e Schön, 1974).

Considerando que o processo de reflexão está naturalmente relacionado com uma aprendizagem cíclica, a reflexão na acção dá-se quando começamos a observar de modo distinto a nossa acção, mesmo quando esta é padronizada e assente em rotinas num chamado “*conhecimento espontâneo*”, e podemos observar resultados inesperados. Todas as experiências deste tipo, agradáveis ou desagradáveis, possuem aquilo que Schön (1992) designa de “*factor surpresa*” (p. 36), factor este potencial desencadeador do processo de reflexão.

Assim, a situação na qual ocorre o factor surpresa pode ser pensada de duas maneiras: pensar sobre a acção, parando para pensar. Neste caso a reflexão não tem uma conexão directa com a acção presente, ou pensar no meio da acção, sem chegar a interrompê-la. Esta acção de pensar serve para reorganizar o que se está a fazer enquanto se está fazendo – reflexão na acção.

Este tipo de reflexão constitui-se como um padrão de indagação com uma sequência de “momentos” que, segundo Schön (1992), são:

- *Existem situações da acção às quais damos respostas espontâneas e rotineiras, que revelam um conhecimento na acção que é tácito, formulado espontaneamente sem uma reflexão consciente;*
- *As respostas rotineiras produzem surpresa, um resultado inesperado, agradável ou desagradável que não corresponde às nossas categorias de conhecimento na acção;*
- *A surpresa conduz a uma reflexão dentro da acção. Esta reflexão é consciente: o pensamento centra-se no fenómeno que nos surpreende e em simultâneo sobre si mesmo;*
- *A reflexão na acção possui uma função crítica e no decorrer do processo podemos reestruturar estratégias de acção, a compreensão dos fenómenos ou as maneiras de formular os problemas;*
- *A reflexão dá lugar à experimentação in situ tornando-se imediatamente relevante para a acção (ibidem, p.38).*

Schön (1992) acrescenta ainda que a reflexão na acção é típica dos improvisadores, que muitas vezes não são capazes de dizer o que estão a fazer.

A reflexão sobre a acção, por sua vez, permite uma boa descrição verbal da mesma, tornando-se possível reflectir acerca da descrição resultante. Colina e Medina (1997) acrescentam que o conhecimento é organizado em torno da reflexão sobre as práticas e a sua problematização.

Johns (2005) considera que a reflexão consiste na procura de melhores formas de representação à luz de novas experiências e conhecimento profundo, o que implica estar aberto a si, na ou após a experiência, permitindo-se ver-se e focar-se a si mesmo no contexto de uma experiência particular, confrontar, compreender e caminhar no sentido de resolver contradições entre a sua própria visão e a prática actual. Este processo conduz à obtenção de novo e profundo conhecimento de si próprio e permite ser capacitado para responder mais congruentemente em situações futuras, numa espiral reflexiva de desenvolvimento de sabedoria prática tomando consciência da sua própria visão como uma realidade vivida.

A reflexão, concebida nas bases filosóficas da *fenomenologia experiencial* e *teoria crítica*, com uma natureza e função específicas, integra atitudes e capacidades do formando de modo que o conhecimento da realidade surja da experiência e através dela se reconstrua. Neste sentido, Lowe e Kerr (1998) consideram que o processo de análise e exploração interna e aspectos de preocupação realçados por uma experiência geram e clarificam sentidos em termos do *eu* e resultam numa mudança de perspectiva conceptual, constituindo um modo de resposta do aprendiz à experiência.

O processo de reflexão pode ser treinado, como opinam, por exemplo: Alarcão (1996), Correia (2002), Murphy (2004), Johns (2004; 2005), Johns e Freshwater (2005) e Johns e Hardy (2005). O processo de treinamento de habilidades reflexivas é, para Correia (2002), imperioso, pois que, para que a construção do conhecimento seja uma obra de cada dia, os seus alicerces só ganham

capacidade de sustentação se assentes no treino da reflexão, pelo que a formação deve preparar para o questionamento permanente e proporcionar um treino orientado das capacidades de análise e crítica centrada no próprio desempenho em que se realiza, apoiando os estudantes a aprender a tomar decisões, exercendo a sua autonomia, numa atitude de permanente questionamento face às suas práticas. O autor acrescenta que “*ser um prático reflexivo é ser consciente, ser capaz de pensar e de reflectir acerca da prática, assim como de comunicar essa consciência aos nossos pares, pelo que escrever a reflexão é fundamental, já que a escrita mediatiza a reflexão e a acção*” (ibidem: 62). É ainda salientado que a aquisição de competências é feita ao longo do tempo, mediada pela história pessoal e resultante de um processo de aprendizagem complexo, que para se cimentar tem que ser reflectido, construído na primeira pessoa e aberto à desconstrução que traz novo conhecimento e permite dar passos em frente (Correia, 2002).

Fernandez (1998), na perspectiva de reflexão enunciada, sugere um conjunto de capacidades que podem ajudar à reflexão (quadro 2). Estas capacidades sobrepõem-se aos elementos em torno dos quais se constrói a prática reflexiva: *consciência*, *reflexão* e *pensamento crítico*, já descritos.

Quadro 2. Capacidades que ajudam à reflexão

<i>Auto consciência</i>	Perguntar francamente como é que a situação me afecta e como é que eu a influencio
<i>Descrição</i>	Reconhecer, reunir e descrever as facetas/acontecimentos chave, incluindo sentimentos e pensamentos
<i>Análise crítica</i>	Examinar o que se presumiu, questionando, explorar alternativas e perguntar em que medida determinado conhecimento é importante na situação em causa
<i>Síntese</i>	Juntar e confrontar dados anteriores e novos, enquanto se progride para uma perspectiva diferente
<i>Avaliação</i>	Fazer julgamentos de valor com a ajuda de critérios e padrões

Fonte: Adaptado de Fernandez (1998)

As capacidades de *auto consciência* e *descrição* estão presentes no elemento *consciência* pelo que envolve de sensação – percepção, descrição e significação de experiências em situação. A *análise crítica*, sobreponível ao elemento *reflexão*, envolve o exame da experiência activa com as suas componentes interactiva e interpretativa em que o questionamento e a exploração de alternativas constituem os aspectos chave a serem explorados.

Por outro lado, o *pensamento crítico* está presente na *síntese* e *avaliação*, capacidades que culminam o processo de reflexão no confronto das diferentes perspectivas e o julgamento de valor, pois que envolve a atitude mental de dúvida relativa a factos, circunstâncias e acontecimentos concretos para o reconhecimento da relatividade e contexto da sua prática.

As capacidades que ajudam reflexão, descritas por Fernandez, são entendidas por Silva (2000a) como constituindo níveis de reflexão que, apoiando-se na perspectiva de Boud *et al.*

(1985), explicita em três etapas. A primeira, desencadeada pela percepção de sentimentos e pensamentos em situação, advém da consciencialização de que nessa situação o conhecimento que se esteve a aplicar não foi suficiente. A segunda etapa envolve a análise crítica da situação incluindo uma análise dos sentimentos e conhecimentos enfatizando a importância dos sentimentos positivos e a remoção de sentimentos obstrutivos. Este processo é considerado um processo de pensamento crítico definido como *associação, integração, validação e apropriação*, em que estes aspectos são encarados como pré-requisitos para a reflexão. A terceira e última etapa do processo reflexivo envolve o desenvolvimento pessoal e a construção de uma nova perspectiva, sendo o resultado a aprendizagem a partir da situação (Silva, 2000a).

Domenjó (2006), considerando que a reflexão conduz à consciência pessoal sobre as práticas, assinala também algumas atitudes que favorecem essa tomada de consciência, nomeadamente a *observação atenta, o manter a mente de principiante*, no sentido de que não se sabe tudo, a *curiosidade, o pensamento crítico, ver a realidade tal como ela é*, não no sentido do que gostaríamos que fosse, a *humildade para tolerar alguma falta de competência* e a *presença física e mental*. Deste modo, o processo de reflexão aumenta o auto-conhecimento, capacita o sujeito para determinar as suas acções, rever criticamente essas acções e actuar a partir dos resultados para o sucesso da intervenção (Domenjó, 2006).

Osmond e Darlington (2005) sugerem algumas técnicas para facilitar a reflexão, nomeadamente o *questionamento reflexivo*, tendo como pressupostos o questionamento sistemático em torno de um caso, o questionamento de exploração de diferenças e outras contingências relativas a uma situação, bem como o questionamento antes e após a acção. Sugerem também a *representação pictórica* pela construção de diagramas representativos do conhecimento usado nas práticas, que poderão expressar-se na construção de mapas conceptuais, estratégia muito utilizada no âmbito da aprendizagem significativa (Novak, 2001), pelo processo de pensar alto, que disciplina a observação e a recordação reflexiva através de gravação áudio/vídeo de enxertos de interacção/realização de tarefas para posterior discussão. O *mapeamento de conhecimento* é também uma técnica sugerida pelos autores, pois permite a representação gráfica dos tipos e sequência do conhecimento usado num determinado caso.

O desenvolvimento daquelas capacidades pode ser conseguido utilizando vários processos.

Waldow *et al.* (1995), citando Witherell e Noddings (1991), refere alguns desses processos, entre os quais as **histórias**, no sentido do conto, pelo que estas oferecem em imagens, mitos e metáforas as quais contribuem para a construção do nosso conhecimento e auto conhecimento. As **narrativas**, por sua vez, favorecem a apreensão do conhecimento e o seu cruzamento com as particularidades próprias do indivíduo que dele se apropria. O entendimento construído sobre as narrativas como um relato oral ou escrito, recolhido através de entrevista ou de diários pessoais, permite compreender uma vida, ou parte dela, como torna possível desvelar e/ou reconstituir processos históricos e socioculturais vividos pelos sujeitos em diferentes contextos. As narrativas escritas situam-se no paradigma do “escrever para aprender”, processo através do qual o conteúdo é assimilado ou compreendido, em oposição à memorização ou cópia.

Pereira (1995) expõe que um conceito compreendido de forma incompleta não pode ser claramente comunicado ou registado e o que é importante e significativo não pode ser ensinado, mas deve ser descoberto pela pessoa, o que se traduz em auto-descoberta pela reflexão. Assim, as habilidades desenvolvidas a partir das narrativas, podem ajudar no processo de decisão em qualquer área do conhecimento ou actividade favorecendo a tomada de decisões rápidas em situações complexas e imprevisíveis da prática, como são alguns contextos profissionais, que requerem a transferência de saberes similares para contextos diferenciados (Correia, 1999).

São exemplos de narrativas, como processo de reflexão, o *método auto-biográfico* (Nóvoa, 1988; 1992), as *histórias de vida* (Josso, 1991; Seguro, sd), no sentido da “biografia formativa”, pressupondo que o sujeito não pode entender o sentido da autoformação se não perceber as lógicas de apropriação e transmissão de saberes que viveu ao longo da vida, através de suas aprendizagens pela experiência, e a *educação narrativa* (Ferreira-Alves e Gonçalves, 2001) como processo terapêutico enquanto linguagem *externalizadora* (Gonçalves e Henriques, 2002; Gonçalves e Gonçalves, 2001).

Correia, Lopes e Matos (1999) entendem a narrativa como “*narrativa da formação*” no sentido da transformação dos contextos de trabalho e reabilitação da experiencialidade como suporte dessa transformação (p. 14), realçando a importância de se passar de uma “*via oral para uma via escrita*” pois “*a escrita obriga a operar uma selecção mais reflectida, facilita a associação e classificação de elementos aparentemente dispersos e cria a possibilidade de reflectir com o outro*” (*ibidem*, p. 33).

Um outro processo utilizado para o desenvolvimento das capacidades de reflexão, amplamente utilizado em educação, é o **jornal**, como processo através do qual o diálogo entre o indivíduo e uma audiência determinada pode ser usado para suscitar dúvidas ou ideias sobre algum assunto de difícil compreensão assim como questionar; especular; comentar uma reunião, um seminário ou a leitura de um artigo que se relaciona com o contexto sobre o qual importa reflectir.

O jornal, embora considerado discurso público, possui dados subjectivos e objectivos que estimulam a reflexão (Pereira, 1995), como é exemplo o jornal da turma.

O autor acrescenta o **diário** como processo de escrever introspectivamente, onde a audiência é a própria pessoa. É um instrumento privado que, sendo mantido, leva a pessoa a permanecer em contacto com o seu passado e com o seu presente, sendo uma forma de narrativa que conduz ao *entendimento do que se é, do que se foi e do que se virá a ser*. Permite analisar a própria experiência, ter uma nova perspectiva e iniciar um processo de transformação das suas próprias práticas (Pereira, 1995) como são exemplo os *diários reflexivos* e os *portfolios reflexivos* (Sá-Chaves, 2000a; 2005).

O envolvimento destes processos de reflexão numa atmosfera afectivo-relacional, como o encorajamento (Tavares, 1992), o questionamento (Jesus, 1995) e a cooperação (D’ Espiney, 1997) favorece o desenvolvimento de uma maior autonomia dos formandos, maior participação e

dinâmicas auto formativas, assim como uma apropriação significativa da experiência enquanto processo de formação.

Argyris e Schön (1974) referem que, em função dos processos adoptados, os níveis de reflexão podem ser diferentes. São designados os *Modelo I*, no qual o nível de reflexão se situa no dia-a-dia quotidiano sendo auto-limitado e caracteriza uma aprendizagem linear e o *Modelo II* que não auto-limita o processo de aprendizagem, permitindo o desenvolvimento progressivo de assunções e uma aprendizagem cíclica progressivamente maior. A transição de comportamentos do modelo I para o modelo II produz consciência individual e crescimento (Argyris e Schön, 1974).

Kuiper e Pesut (2004) consideram, também, diferentes níveis de reflexividade no processo reflexivo:

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 de necessidades para maior aprendizagem e consciência de que as rotinas não são adequadas e a mudança de perspectiva é necessário.

Do mesmo modo Goodman (1984), citado por Palmer, Burns e Bulman (1995), distingue três níveis de reflexão que podem ser atingidos pelo sujeito que faz reflexão:

“Primeiro nível

Reflexão para alcançar objectivos dados: os critérios de reflexão são limitados a aspectos tecnocratas de eficiência, efectividade e responsabilidade.

Segundo nível

Reflexão centrada na relação entre princípios e prática: há uma apreciação das implicações e consequências das acções e crenças, bem como as razões que guiaram a prática.

Terceiro nível

Reflexão que incorpora também preocupações éticas e políticas: aspectos como a justiça e emancipação fazem parte das deliberações no valor dos objectivos profissionais e da prática e os sujeitos estabelecem a relação entre os contextos da prática quotidiana e as forças e estrutura do quadro social que os envolve. “ (Ibidem, p.135).

Na perspectiva dos autores supracitados, estes níveis de reflexão podem também servir de enquadramento para o sujeito avaliar a qualidade e profundidade das suas reflexões.

Kuiper e Pesut, (2004), referindo-se a trabalhos realizados por Wong *et al.* (1995) e Liimatainen *et al.* (2001) mencionam que o número de anos de trabalho não está associado com elevados níveis de reflexividade na prática, antes a prática efectiva da reflexão associada a enquadramentos que estimulam o desenvolvimento de capacidades reflexivas.

4.2. REFLEXÃO, METACOGNIÇÃO E CONSTRUÇÃO IDENTITÁRIA

A prática reflexiva construída no cruzamento dos eixos consciência, reflexão e pensamento crítico é apontada por Kuiper e Pesut (2004) como situação promotora do pensamento reflexivo. Este é entendido enquanto metacognição ou um nível de consciência que existe através da execução de controlo reflexivo e auto-comunicação acerca das experiências, pela revisão pessoal e profissional das experiências de vida, identificação de habilidades, qualidades e conhecimento que delas resulta (Ribeiro, 2003; Kuiper e Pesut, 2004). No entanto, o termo não é consensual para os diferentes teóricos. Numa perspectiva puramente cognitiva, a metacognição diz respeito ao conhecimento do próprio conhecimento, à avaliação, à regulação e à organização dos próprios processos cognitivos, sendo considerada enquanto cognição de segunda ordem: pensamentos sobre pensamentos, conhecimentos sobre conhecimentos, reflexões sobre acções (Weinert, 1987, citado por Ribeiro, 2003). Do ponto de vista psicológico e com base nos trabalhos de Flavell (1981) e Neimark, De Lisi e Newman (1985), Ribeiro (2003) refere que a metacognição é entendida como o conhecimento do próprio conhecimento, dos próprios processos cognitivos e das suas formas de operação, bem como controle executivo (que envolve a regulação ou monitorização cognitiva) (Ribeiro, 2003). No entanto, Ribeiro (2003) refere também que Cavanaugh e Perlmutter (1982), na sua revisão sobre a metamemória consideram a metacognição apenas enquanto o conhecimento que o sujeito possui acerca dos seus processos cognitivos, excluindo os processos executivos. São também referidos Lefebvre-Pinard e Pinard (1985) que enfatizam somente o controle executivo nos processos de metacognição (Ribeiro, 2003). Verificam-se algumas divergências conceptuais quanto ao termo metacognição, no entanto parece ser consensual que o conhecimento metacognitivo se desenvolve através da tomada de consciência por parte do sujeito sobre o modo como determinadas variáveis interagem e influenciam os resultados das actividades cognitivas (Ribeiro, 2003; Fávero e Machado, 2003). Ou seja, a metacognição compreende duas dimensões: os conhecimentos metacognitivos e as regulações metacognitivas. Os conhecimentos metacognitivos referem-se às representações na memória de longo termo e as experiências metacognitivas reflectem a tomada de consciência, em termos de ideias, pensamentos, sentimentos e sensações, dos processos cognitivos em acção (Fávero e Machado, 2003).

A metacognição consistindo na execução do controlo de conhecimento cognitivo usado para monitorizar e manipular o processo e progresso cognitivo (Kuiper e Pesut, 2004) leva o indivíduo a seleccionar, avaliar, rever ou abandonar tarefas, objectivos e estratégias à luz da sua relação com outros e com as suas próprias habilidades e interesses relativos à instituição (Flavell, 1979 citado por Kuiper e Pesut, 2004). As habilidades metacognitivas incluem auto-comunicação ou diálogo interno, auto-monitorização e estratégias de auto-regulação para influenciar o raciocínio diagnóstico quanto ao processo de resolução de problemas (Fávero e Machado, 2003; Kuiper e Pesut, 2004).

A auto-regulação do ambiente inclui a estruturação do contexto e interacções sociais e a compreensão de como o contexto influencia as habilidades cognitivas e metacognitivas e as estratégias de monitorização. A atenção às dimensões da aprendizagem reflexiva auto-regulada em enfermagem tem produzido alguns resultados interessantes que têm implicações para os professores de enfermagem (Kuiper e Pesut, 2004).

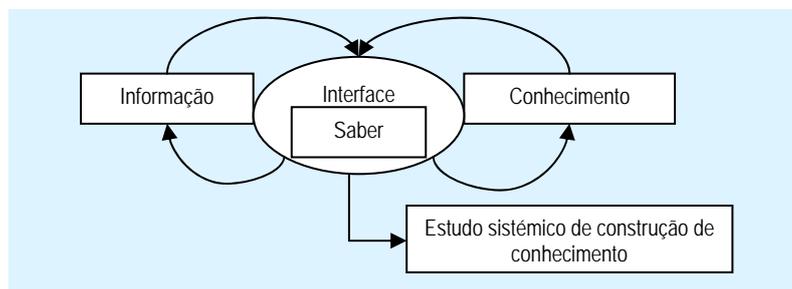
A atitude reflexiva do profissional, no sentido da construção de conhecimento pela via da reflexão, é também um processo de construção identitária no domínio da complexidade enquanto “construção de si” em situação (Lerbet, 1993; 2005; Swallow, 2006).

Georges Lerbet explica o quanto a identidade é “complexidade”, referindo que a lógica que suporta tal abordagem é a lógica dialéctica que, por oposição à lógica formal clássica, que sustenta o princípio da não contradição, concebe que um objecto pode ser e não ser ao mesmo tempo. É a identidade enquanto lógica do “cinzento”, do de dentro, que obriga ao cultivo do paradoxo, à visão da escola por dentro, a perceber o que é isso de aprendizagem significativa (Lerbet, 2005). O autor considera que é no diálogo consigo próprio que o processo é mais fecundo na produção de saberes, podendo ser concretizado pelo exercício de explicar a prática, fazendo o que se pode “*com aquilo de que se dispõe*” e com a curiosidade própria do sujeito de/em acção (Lerbet, 1993; 2005; sd.).

Os processos de construção de conhecimento conduzem ao desenvolvimento do pensamento complexo, se considerarmos que, sendo intrinsecamente processos reflexivos, obrigam o sujeito a pensar-se a si próprio, tomando consciência daquilo que sabe, identificando as “fronteiras”, enquanto limites do seu não saber, e gerando a procura de outras perspectivas (Praia, 2004), outras visões, para a produção de si em situação, num sistema que é “*dinâmico na sua própria natureza, e como tal, instável e ambíguo nas suas determinações e consequências*”, como nos refere Sá-Chaves (2004:163), que configura processos de construção identitária.

É nesta lógica de compreensão por modelização do processo de produção de saber que Lerbet (1993) nos sugere a “interface” entre a informação e o conhecimento, sendo que a informação é exterior ao sujeito, como estado objectivo (*logos*), saber escolar, ao qual se acede pela procura das fontes. O conhecimento é uma produção de si mesmo, que “emerge de dentro”, logo um estado subjectivo (*epistème*) que decorre da informação explorada e singularmente reconstruída, pensada, associada ao que vem de dentro de si-mesmo; e a interface é o “meio”, enquanto processo de produção do saber que obriga a entradas recursivas nos saberes prévios, que são muitas vezes traços sinuosos, por vezes anacrónicos mas indicadores de autonomia. É o processo de tratar a informação como interface com o saber, como representado na figura 13.

Figura 13. Processo de produção do saber na interface informação-conhecimento.



Fonte: Adaptado de Lerbet (2005).

É nesta interface, “*meio*” inscrito na personalidade singular do indivíduo, que a compreensão ocorre, enquanto formação pela produção de saberes, e para a qual o processo de escrever é o processo organizador. Para se poder escrever, enquanto processo organizador da compreensão, é necessário que o sujeito seja capaz de descentrar-se do trabalho, pensar a informação para produzir saber; consumir informação, onde “*as leituras constituem parceiros que alimentam um diálogo crítico e reactivo*” (Lerbet, 1993: 8) no interior de cada um para produzir um pouco de saber e arriscar projectar nos outros aquilo que se produz.

Ainda na perspectiva de Lerbet, o raciocínio, como sistema pessoal de produção de saberes, é complexo. Exige “tempo para fazer” e “tempo para descobrir o que se fez”, enquanto construção conceptual do que se produziu, o que conduz àquilo que o autor diz ser o “Algoritmo Heurístico”, que inclui a Modéstia, a Tolerância e a Ética, como valores que se desenvolvem neste processo de trabalho intrapessoal (o *silent game*, de que nos fala Donald Schön, como refere Sá-Chaves, 2004/5) ou seja, o raciocínio enquanto sistema pessoal de produção de saberes permite ganhar a variedade de cada um pelo processo de cada um pensar o que faz, na sua arte de criar ou descobrir por esforço próprio.

E é na complexidade do sistema pessoal de produção de saberes, sistema que envolve as características de totalidade, capacidade de transformação e auto-regulação, logo considerado como sistema gerador de energia, que Lerbet conceptualiza o “sistema pessoa” enquanto identidade, que em relação com o ambiente (exterior) e o meio (construção pessoal) produz aquilo que designa de “Ciências da vida”, enquanto objectos complexos com hipercomplexidade à qual é impossível aceder na sua totalidade, mas que representa de modo tão simples e simultaneamente tão complexo na expressão matemática: $I = f(i)$ (Lerbet, 2005).

Lerbet mostra-nos, assim, como é que a relação entre informação e conhecimento, mediada pela familiaridade conceptual do “meio”, como interface do sistema com o ambiente constitutivo do sistema-pessoa, se traduz num processo de produção/construção identitária, sempre única, sempre ambígua e incerta no seu devir.

Zeichner (1993), citando Dewey, define três atitudes necessárias ao sujeito no processo de construção de conhecimento pela via da reflexão. A primeira é a *abertura de espírito* e refere-se ao “*desejo activo de se ouvir mais do que uma única opinião, de se atender a possíveis*

alternativas e de se admitir a possibilidade de erro, mesmo naquilo em que se acredita com mais força". A segunda atitude é a *responsabilidade* que "implica a ponderação cuidadosa das consequências de uma determinada acção" e por fim, a terceira atitude necessária à reflexão é *sinceridade* (*ibidem*, p.18-19).

Nas três atitudes apontadas por Dewey para que ocorra reflexão é notório a importância da tomada de consciência, enquanto construção de si, assim como do pensamento crítico do sujeito em situação. Deste modo, a configuração identitária, produzida pela reflexividade crítica, incorpora processos de interação social, pelos quais a reconstrução e transformação de si ocorrem por referência aos contextos de acção, sendo o indivíduo alvo dos condicionamentos do meio mas simultaneamente sujeito de acção sobre si-mesmo, num processo nunca acabado e em permanente evolução (Abreu, 2001).

De acordo com Johns (2004), a reflexão pode gerar crises de confiança e mesmo de identidade à medida que os habituais modos de ser vão sendo transformados. Contudo, pela exploração do novo, do desconhecido, através de modos congruentes de reflexão, o sujeito pode encontrar e dar sentido à sua "voz", a voz da liberdade, que é poderosa, podendo resistir a outros modos de pensar, sentir e responder às situações pelo diálogo transformador e sempre atento (*mindful*).

4.3. REFLEXÃO SISTEMÁTICA: MODELOS E ENQUADRAMENTOS

Tavares (1992) considera que não podemos separar o desenvolvimento da pessoa humana da consciência da realização de determinadas actividades, tarefas ou problemas a resolver, sob pena de se comprometer os próprios mecanismos de aquisição e construção de conhecimento e a realização de actividades redundar num mero exercício de memorização. Acrescenta que não é possível "*conhecer sem ter consciência de alguma coisa*" (p.52), constituindo-se a reflexão uma condição essencial de todas as actividades mentais.

De acordo com o exposto na Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura, a reflexão pode realizar-se considerando diferentes perspectivas: a *reflexão psicológica*, pela qual a reflexão se dirige ao estudo da génese, natureza e evolução das próprias operações psíquicas, como sejam o sentir, o conhecer e o querer; a *reflexão lógica*, que analisa as propriedades e relações mútuas (universalidade e singularidade, género e espécie, oposição e contradição, sujeito e predicado,...) dos conteúdos mentais e a *reflexão metafísica*, que se dirige ao próprio *eu* como princípio subjacente a todas as actividades psíquicas.

As perspectivas de reflexão referidas têm como função/objectivo a descoberta de condições *a priori* do conhecimento ou categorias, chamadas conceitos de reflexão, de cuja comparação formal (R. Lógica) resultam as relações de unidade, diversidade, de acordo e desacordo, de congruência e de incongruência; a justificação de verdade e o valor objectivo do conhecimento humano (função realista) e permitir à consciência recuperar a unidade originária da sua auto transcendência (R. metafísica).

Quanto à sua natureza, a reflexão é descrita por Kemis (1985), citado por Burnard (1995), como:

- a) *“A reflexão não é biológica ou psicologicamente determinada, nem é pensamento puro; expressa uma orientação para a acção e procura as relações entre pensamento e acção em situações históricas reais nas quais nos encontramos.*
- b) *Reflexão não é o trabalho individualizado da mente como mecanismo ou especulação; presume e prefigura relacionamentos sociais.*
- c) *Reflexão não é um valor livre ou um valor neutral; expressa e serve o particular interesse humano, social, cultural e político.*
- d) *Reflexão não é indiferente ou passiva em relação à ordem social, nem é uma mera extensão concordante com o valor social; reproduz ou transforma activamente as práticas ideológicas que estão na base da ordem social.*
- e) *Reflexão não é um processo mecânico, nem é um puro exercício criativo na construção de novas ideias; é uma prática que se expressa no nosso poder para reconstruir a vida social pela participação na comunicação, tomada de decisão e acção social.” (p:83).*

Deste modo, a atribuição de sentido às experiências de vida produz conhecimento que, por sua vez, se integra na actividade total da pessoa humana. No acto do conhecimento o sujeito é quem toma a iniciativa, é ele que assimila, se acomoda, se equilibra e se adapta à realidade do objecto que se apresenta através de múltiplos estímulos internos e externos. Assim, o sujeito percebe a realidade, concebe-a na sua ideia, afirma-a como existente ou não existente, possível ou impossível no seu entendimento (juízo), relaciona-a no seu raciocínio e exprime-a na linguagem ou linguagens presente no quotidiano. Neste processo, a realidade percebida pelo sujeito vai passando por diferentes níveis de abstracção entre a sensação – percepção e diferentes formas de raciocínio mais ou menos abstractas (Tavares, 1992).

A reflexão tem servido diferentes interesses sociais sendo utilizada em diferentes asserções conforme os paradigmas sobre os quais se apoiam as concepções de desenvolvimento pessoal e profissional (Hübner, 1999), (quadro 3).

Quadro 3. Paradigmas de utilização da reflexão

<i>Orientação técnica</i>	Reflexão como instrumento de controlo da prática
<i>Orientação deliberativa</i>	Emprego da reflexão como meio de informação sobre a prática
<i>Orientação dialéctica</i>	Utiliza a reflexão como meio de transformação da prática

Fonte: Adaptado de Hübner (1999)

Burnard (1995) refere que a reflexão, enquanto instrumento educacional, foi desenvolvida por Heron (1973) que a descreve como “*prestar atenção a*” ou “*tornar-se sabedor daquilo que faz e como o faz*” e é descrita como um “*estado de consciência particular: consciência ou conhecimento*

dos acontecimentos, no tempo presente e como aconteceram, com um fazer completamente conhecido no que concerne às suas intenções assim como às suas acções” (ibidem, p: 80).

Como instrumento de aprendizagem, a reflexão sobre a experiência desenvolveu-se na educação profissional para auxiliar a integrar teoria e prática. A complexidade única das situações profissionais práticas não são redutíveis a factos e fórmulas predeterminadas, sendo recomendado a *reflexão na e sobre a acção* para se obter um esquema de se adquirir conhecimentos a partir da prática e se facilitar a aprendizagem (Schön, 1992).

Actualmente, a reflexão faz parte da linguagem da prática profissional em educação, (Alarcão, 1991; 1996; 2001a), embora o conceito de reflexividade seja utilizado com várias asserções teóricas (Sá-Chaves, 1991; Hyrkäs *et al.*, 2001).

Atkins e Murphy, 1993, citados por Hyrkäs *et al.* (2001), consideram que o conceito de reflexão tem origem nas teorias da educação, mas sendo um conceito multidimensional que tem sido descrito de modos diferentes de acordo com o seu conteúdo, processo, condições preliminares e/ou resultados, aquele só pode ser compreendido se for conhecido o enquadramento e contexto no qual é usado.

Amulya (2005) encara a reflexão como sendo a base da aprendizagem significativa que se pode encarar enquanto processo activo de certificação da própria experiência de modo a olhá-la de perto e explorá-la em profundidade, constituindo a chave para aprender a dar significado às próprias experiências, ou seja, examinar a experiência mais do que vivê-la. Deste modo, considera o autor, desenvolvendo a curiosidade acerca das nossas próprias experiências, rapidamente abrimos as possibilidades de aprender significativamente, não só a partir de livros ou peritos, mas a partir do nosso trabalho e das nossas vidas. Aponta como experiências que criam a oportunidades poderosas para aprender através da reflexão os *desafios* que nos são colocados perante determinadas situações, os *dilemas* que podem fornecer uma valiosa fonte de informação acerca de um conflito entre os nossos valores e a nossa abordagem na realização de determinadas acções, as *experiências de incerteza*, *experiências positivas* ou o início da actividade, que instrui acerca do nível emocional localizando quando e porquê nos sentimos excitados, preenchidos ou frustrados com uma experiência, bem como permite obter conhecimento das condições que permitem o desenvolvimento da nossa criatividade. No entanto, o autor alerta para a necessidade de os objectivos da reflexão serem claros e explícitos, sob pena de se tornar num trabalho árduo e moroso sem se chegarem a obter os devidos ganhos. Assinala como alguns objectivos possíveis, dependendo do contexto em que é realizada, *examinar padrões de pensamento*, *documentar aprendizagem*, *repensar actividades diárias com valores mais aprofundados* ou *desenvolver a partilha de pensamento*. Expressa também que a reflexão pode ser individual e/ou colectiva, dependendo dos objectivos e questões específicas das necessidades de aprendizagem, e deverá ser estruturada em torno do questionamento que ajude a obter a visibilidade de um problema ou questão para a qual precisamos resposta (Amulya, 2005).

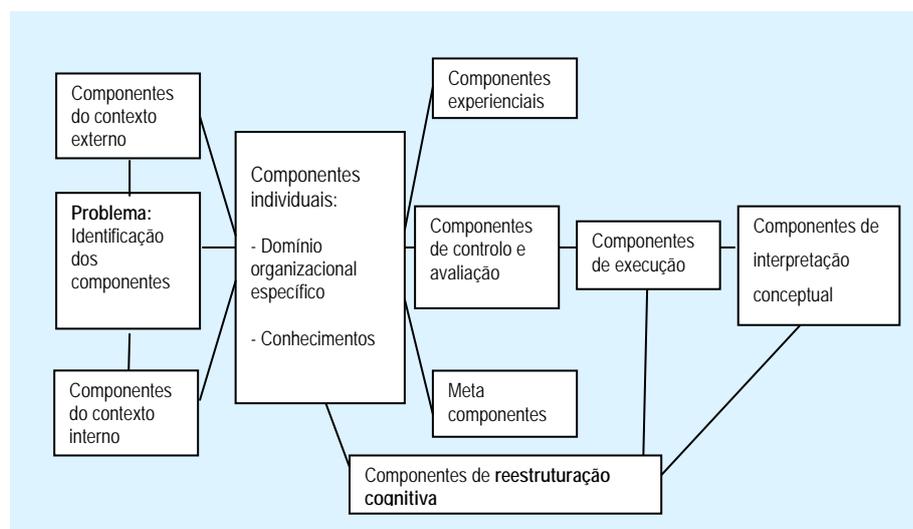
Modelos de reflexão

A pesquisa bibliográfica efectuada mostra que as questões da reflexão/prática reflexiva são cruciais para a construção da aprendizagem, a partir das práticas, emergindo deste pressuposto alguns modelos de reflexão. Destacamos o Modelo de Reflexão numa perspectiva da Resolução de Problemas de Tavares (1992), o Modelo Reflexivo de Desenvolvimento/Formação Profissional de Vieira (1993), o Modelo de Aprendizagem Reflexiva Auto-Regulada de Kuiper (2005), e o Modelo de Reflexão numa perspectiva de aprendizagem experiencial de Alarcão (2001).

Modelo de reflexão na perspectiva da resolução de problemas

Entendendo o processo de desenvolvimento e de ensino/aprendizagem como um processo de resolução de problemas, processo este que assenta numa estrutura resolutive comum às actividades de desenvolvimento das pessoas, a resolução de problemas pode ser esquematizado através de um conjunto de elementos baseados no processamento de informação, conforme se apresenta na figura 14 (Tavares, 1992).

Figura 14. Componentes do modelo de resolução de problemas nos processos de informação



Fonte: Adaptado de Dionne, 1986, citado por Tavares (1992).

No esquema apresentado são visíveis três grandes etapas no processo de resolução de problemas: o ponto de partida, o processo e o ponto de chegada. Estas três etapas integram aspectos individuais, do contexto, da experiência, das estruturas cognitivas, assim como a planificação, o controlo, a execução e a sua avaliação.

Por outras palavras, o sujeito confrontado com um problema faz a identificação das componentes do contexto externo – características, circunstâncias, acções – e das componentes do contexto interno – sentimentos, pensamentos, questões que se lhe colocam, dúvidas, que

constituem aquilo que o autor designa por ponto de partida, e passa a desenvolver o processo procurando identificar as componentes do domínio organizacional e os conhecimentos que num processo de reestruturação cognitiva gerarão outros componentes de execução e uma nova interpretação conceptual do problema inicial.

Este processo é dinâmico, podendo funcionar nos dois sentidos e não tem de passar obrigatoriamente por todos os componentes (Tavares, 1992).

É visível no processo de resolução de problemas muitas semelhanças com os processos de reflexão, quer no que se refere à sua natureza e funções quer nas etapas que o compõem. Parece-nos, por isso, que o processo de resolução de problemas se pode constituir como modelo de reflexão.

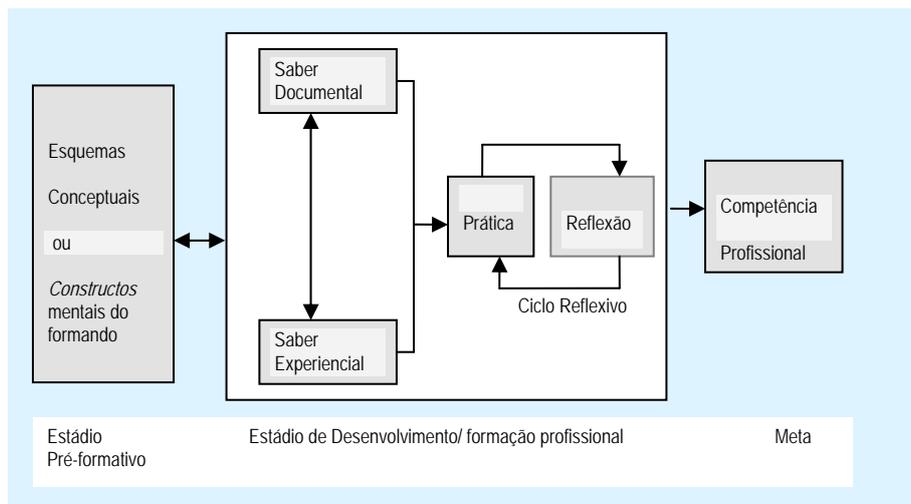
O mesmo autor refere um outro modelo, de C. Butler (1985), que articula o processo de resolução de problemas com os domínios do processo ensino/aprendizagem e os aspectos perceptivos, afectivos e cognitivos no sentido de melhorar o ensino e a aprendizagem dentro e fora da aula. O modelo assenta num conjunto de sete factores ou condições de aprendizagem – a situação, motivação, organização, aplicação, avaliação, repetição e generalização – cada um destes factores conjugado com elementos facilitadores do processo, actividades de aprendizagem, processo cognitivo e resultados específicos que no seu conjunto geram novo processo de aprendizagem. É um modelo complexo que envolve o processo completo de ensino/aprendizagem numa espiral contínua cujo objectivo é o de fazer emergir uma nova atitude que possibilite o desenvolvimento humano de um modo articulado e progressivo de produção de saberes e de construção do conhecimento (Tavares, 1992).

Modelo reflexivo de desenvolvimento/formação profissional

Vieira (1994) considerando que existe paralelismo entre os perfis do aluno autónomo e o professor reflexivo, sugere a definição de princípios e processos homólogos na formação de ambos, para os quais a meta é a autonomia e a metodologia a ser empregue é a reflexão. Nesta perspectiva, a autora, a partir de pressupostos e princípios reflexivos, desenvolve um modelo de formação profissional de professores que caracteriza uma abordagem reflexiva da formação (figura 15).

O modelo parte das teorias subjectivas (“esquemas conceptuais” ou “*constructos* mentais”) do formando – o professor ou o supervisor – que incluem as suas crenças, opiniões, atitudes e valores, ou seja, o seu sistema apreciativo “modelizador” das suas práticas educativas. Da interacção entre o seu saber (documental/teórico e experiencial) e o ciclo reflexivo “prática – reflexão” resulta a reconstrução das suas teorias subjectivas e o desenvolvimento da sua competência profissional, meta final do processo de formação.

Figura 15. Modelo reflexivo de desenvolvimento/formação profissional



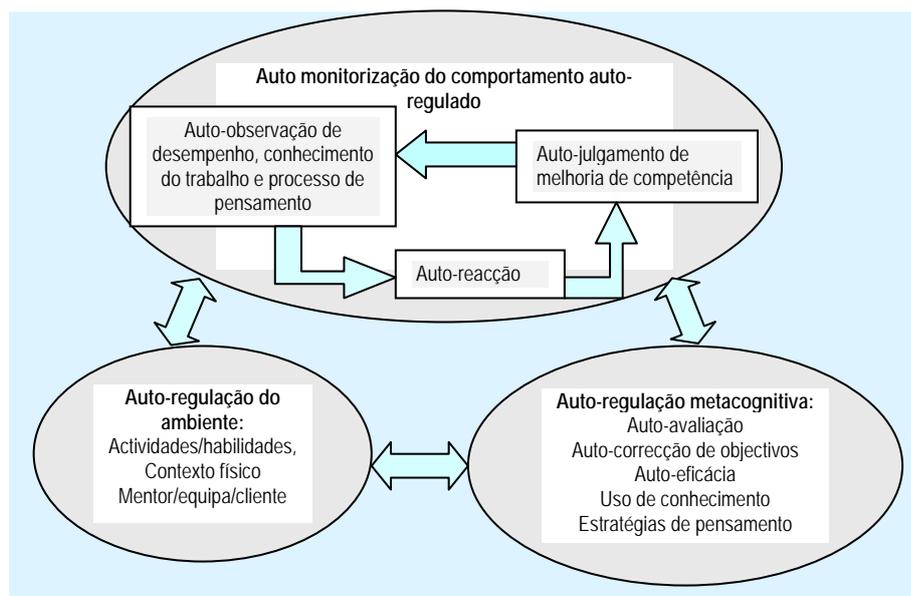
Fonte: (Vieira, 1993)

Neste processo, a reflexão constitui o instrumento-chave de teorização a partir da experiência e da reestruturação de saberes anteriores mediada pelo formador, entendido como supervisor da prática pedagógica (Vieira, 1993).

Modelo de aprendizagem reflexiva auto-regulada

Kuiper (1999) citado por Kuiper e Pesut (2004) desenvolveu um modelo de aprendizagem reflexiva auto-regulada, no qual o comportamento de auto-regulação da auto-monitorização inclui o sub-processo de auto-observação, auto-reacção e auto-julgamento (figura 16).

Figura 16. Modelo de aprendizagem auto-regulada em enfermagem



Fonte: Adaptado de Kuiper e Pesut (2004)

A auto-monitorização refere-se à atenção deliberada ao comportamento usado na consecução dos objectivos de progresso o que motiva melhoria na aprendizagem. Quando o auto-julgamento está directamente relacionado com objectivos, o processo de auto-regulação sai reforçado.

A auto-regulação metacognitiva ou auto-avaliação inclui os sub-processos de determinação de objectivos, auto-eficácia, conhecimento usado e estratégias de pensamento.

A auto-avaliação refere-se ao pensamento reflexivo acerca da experiência e situações para determinar se o conhecimento usado é adequado, quais os objectivos a colocar e se há a auto-eficácia requerida para os atingir. A auto-avaliação é o componente chave da reflexão, a qual por sua vez influencia o pensamento crítico e o desenvolvimento de habilidades de raciocínio. O modelo de aprendizagem auto-regulada tem sido usado como enquadramento conceptual para apoiar o desenvolvimento do conhecimento metacognitivo e a construção da capacidade de reflexão entre estudantes em fase de transição entre a escola e os ambientes de trabalho (Kuiper e Pesut, 2004).

A orientação dada pelo modelo de aprendizagem auto-dirigida para a reflexão influencia positivamente o pensamento reflexivo para todos os profissionais. Para desenvolver um efectivo raciocínio clínico reflexivo os estudantes precisam de desenvolver a auto-gestão de habilidades e ser guiados na complexidade de tarefas para obter conhecimento cognitivo (pensamento crítico) e metacognitivo (pensamento reflexivo) (Kuiper e Pesut, 2004). Nesta perspectiva, um modelo de aprendizagem reflexiva constitui um processo de construção de significados a partir da experiência pela reflexão e comparação com crenças, valores e esquemas prévios (Mezirow, 1996, referido por Silva, 2000).

Modelo de reflexão numa perspectiva de aprendizagem experiencial

O conceito de aprendizagem experiencial emerge quando a interrogação sobre como manter o equilíbrio na escola entre a formação teórica e a formação prática, que ocorre nos EUA em meados do século XIX e em consequência da qual a atitude perante a formação passa a considerar *“que a compreensão da realidade que constitui o centro de aprendizagem é um produto do sujeito como observador e de que a experiência, para ser formativa, tem de ser conceptualizada, reflectida”* (Alarcão, 2001: 55).

Normalmente, expõe a autora, referindo-se a Kolb (1984), são associadas ao conceito de aprendizagem experiencial duas condições: o contacto directo com a realidade e a capacidade de agir, pois pelo contacto directo com a realidade dá-se a experiência concreta que mediada pela observação e reflexão conduz à formação de conceitos abstractos, os quais, por sua vez, levam à experimentação activa das suas implicações em novas situações, como já referido em capítulo anterior (Alarcão, 2001).

Também de acordo com Eby (1999), o modelo de aprendizagem experiencial de Kolb (1984) é um dos mais usados e aceites no âmbito da formação profissional, pois a sua teoria sugere que a teoria e a prática cresçam e se enriqueçam mutuamente em ciclo contínuo sendo o modelo de aprendizagem experiencial considerado como um movimento cíclico a partir da experiência

concreta num processo reflexivo que gera, na essência, uma espécie de teoria acerca da experiência (Eby, 1999; Alarcão, 2001).

A experiência não se limita ao vivido concreto, mas a uma actividade intelectual intensa, por um lado de apreensão da experiência e por outro da sua transformação o que implica um conhecimento do tipo intuitivo, instantâneo, e um conhecimento de compreensão que é mais reflectido e distanciado. Isabel Alarcão defende que *“reflectir sobre a experiência e interpreta-la é fundamental, pois só essa actividade conceptualizadora lhe atribui significado”* (2001, 57).

Assim considerada, a aprendizagem experiencial realiza-se pela capacidade de o profissional organizar uma matriz conceptual das suas práticas, indispensável para uma construção contextualizada sobre os problemas profissionais (Simões e Simões, 1995).

A partir do modelo de Kolb e inspirada em Dewey, Alarcão (2001) propõe um conjunto de nove princípios validadores da experiência como aprendizagem, que passamos a citar:

- a) *“Princípio da significação. Para ser válida, a experiência tem de fazer sentido, estabelecendo uma relação entre a pessoa e o acontecimento, por esta, vivido.*
- b) *Princípio da continuidade. A experiência significativa situa-se numa linha de continuidade entre as aquisições prévias e as que lhe virão a suceder.*
- c) *Princípio da organização. Para que o princípio da continuidade seja respeitado, as experiências não podem ser deixadas à deriva, mas organizadas de forma sistemática, se propositadamente organizadas por outrem ou interpretadas e inseridas nos esquemas mentais existentes se não planeadas.*
- d) *Princípio do desenvolvimento e da aprendizagem. A experiência, inserida num princípio de organização, gera a possibilidade de novas experiências e novas configurações do saber conducentes a uma melhor compreensão e interacção com o meio.*
- e) *Princípio da qualidade. A fim de gerar disposição para novas experiências e novas configurações do saber, a experiência tem de ser sentida como compensadora, positiva e motivadora.*
- f) *Princípio da reflexão. O aparentemente tácito na vida do dia a dia esconde uma multiplicidade de factores de aprendizagem que a reflexão sobre a experiência pode proporcionar.*
- g) *Princípio da interacção social. A experiência humana é, em última análise, social, pelo que fomenta a interacção e comunicação com os outros.*
- h) *Princípio da educação. A experiência significativa conduz à educação entendida como desenvolvimento, inteligentemente orientado, das possibilidades escondidas na vida do dia a dia.*
- i) *Princípio da formação holística. A globalidade da pessoa constrói-se na variedade integrada das experiências vividas e assimiladas.”* (p. 57).

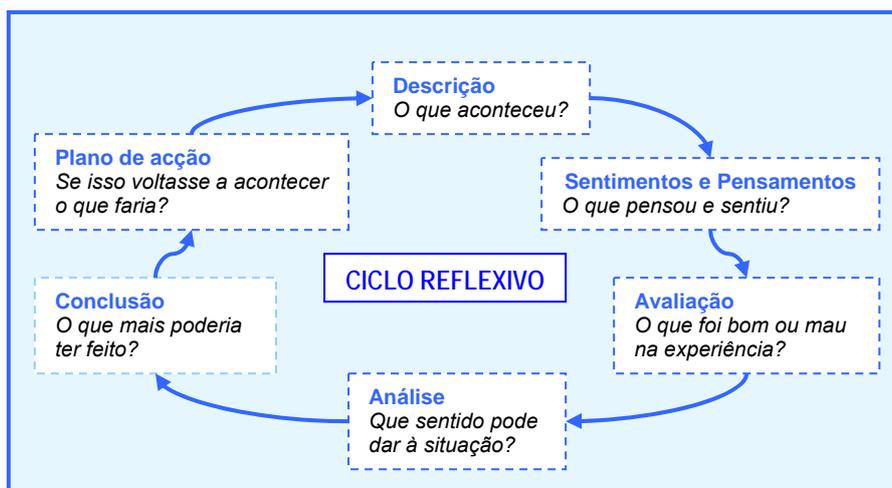
Estes princípios assinalam aspectos a ser tidos em consideração, quando se pretende fazer da experiência uma aprendizagem significativa, pela via da reflexão.

Enquadramentos para a reflexão

Numerosos enquadramentos para facilitar a reflexão têm vindo a ser desenvolvidos (Johns, 2004).

Greenwood (1998), Johns (1995; 2004; 2005); Newton (2000), Bulman (2005a), Jarret e Johns (2005), bem como Elmholdt e Brinkmann (2006), entre outros, consideram apropriado a definição de enquadramentos que estimulem e ajudem os estudantes na construção dos seus processos reflexivos. Isto porque a questão que muitas vezes se coloca é “*Onde se deve começar?*” (Palmer, Burns e Bulman, 1995:135). Assim, no sentido de se tornar mais confortável para o (s) sujeito (s) que vão iniciar o processo reflexivo Palmer, Burns e Bulman, (1995) consideram o ciclo reflexivo de Gibbs um bom ponto de partida (figura 17) para a realização da reflexão, alertando para a existência de vários enquadramentos para a reflexão que podem igualmente servir os propósitos de quem se propõe reflectir.

Figura 17: O ciclo reflexivo de Gibbs



Fonte: Adaptado de Gibbs, 1988, citado por Palmer, Burns e Bulman, 1995:134)

Importa referir que a reflexão não sendo um processo estático, antes dinâmico, o ciclo reflexivo de Gibbs pode constituir uma abordagem apropriada, pois “*orienta o utilizador através de algumas questões de modo a dar estrutura para a reflexão sobre uma experiência*” (Palmer, Burns e Bulman, 1995:135).

No entanto, é referido por Greenwood (1998) que alguns teóricos, nomeadamente Burrows (1995), consideram que os estudantes em contexto de formação inicial têm pouco sobre o que reflectir. Greenwood (1998) argumenta que esta noção decorrerá da simplicidade com que alguns autores apresentam o enquadramento que disponibilizam aos estudantes para realizarem a

reflexão, nomeadamente Smith e Russel (1991), bem como Burrows (1995), como exemplificam os quadros 4 e 5.

Quadro 4. Enquadramento para a reflexão sobre a acção de Smith e Russel (1991)

- Contexto do incidente – hora, local, posição
- Detalhes do que aconteceu – o sua descrição e/ou descrição de outros
- Quais as suas preocupações e pensamentos na altura
- O que é que considerou mais exigente no incidente
- O que é que considera mais importante reflectir no incidente

Fonte: Adaptado de Greenwood (1999:1050)

De facto, o enquadramento para a reflexão sugerido por Smith e Russel é muito simplista, se considerarmos quer o ciclo reflexivo proposto por Gibbs (1988) ou os níveis de reflexão propostos por Goodman (1984), como citados por Palmer, Burns e Bulman (1995). As pistas fornecidas para a reflexão dos estudantes, naqueles enquadramentos, são de natureza apenas descritiva contendo alguns aspectos que podemos considerar de reflexão de nível dois (Mezirow, 1991, citado por Kuiper e Pesut, 2004) ao estimular a apreciação do formando quanto à exigência do incidente e quanto ao que considera mais importante reflectir no mesmo, deixando em aberto o processo de reflexão que o formando poderá realizar.

Quadro 5. Enquadramento para a reflexão sobre a acção de Burrows (1995)

- Descreva os acontecimentos tal qual os percebeu
- Descreva os seus sentimentos acerca do acontecimento
- O que é que aprendeu a partir desse acontecimento?
- Numa situação similar no futuro, como é que se comportaria?
- De que modo as teorias da psicologia, sociologia, biologia, filosofia e investigação em enfermagem sustentam a situação que testemunhou?

Fonte: Adaptado de Greenwood (1999:1050)

Do mesmo modo, o enquadramento sugerido por Burrows (1995), referido por Greenwood (1999), embora indo um pouco mais além em termos de capacidades reflexivas a desenvolver pelo formando, é bastante similar ao anterior, pelo que as apreciações destes autores quanto às capacidades reflexivas dos estudantes, sendo cépticas, parecem-nos adequadas à natureza e processo reflexivo sugerido.

Já Johns (1995) evidencia a importância da *reflexão guiada/estruturada* para capacitar os profissionais a reflectir sobre as suas experiências profissionais, de modo a que aquela seja progressivamente mais efectiva nos seus processos de aprendizagem, considerando que o processo de reflexão constitui uma profunda dificuldade para se fazer sem um apoio e orientação perita. Neste sentido, o autor propõe que o processo de reflexão seja objecto de formação e treino específicos, como atrás já referido. Para isso, sugere que devem ser considerados três elementos, que considera fundamentais no processo de reflexão guiada: i) o uso de um *modelo de reflexão estruturada*; ii) supervisão; e iii) a manutenção de um diário reflexivo estruturado. O *modelo de reflexão estruturada* consiste numa série de questões com o objectivo de focar o praticante na sua

experiência de modo estruturante e significativo. As questões são formuladas no sentido de responder à questão central “A que informação preciso aceder para aprender através desta experiência?” (Johns, 1995: 112; 2004). A partir desta questão central são formulados conjuntos organizados de questões em cinco níveis: questões orientadas para a descrição da experiência; questões orientadas para a reflexão sobre a experiência; questões focadas nos factores que influenciaram a experiência; questões de problematização da acção na situação; e questões de aprendizagem. Um outro processo de enquadramento proposto, também, por Johns (2004) tem como referentes os padrões de conhecimento de Carper (1996) e a componente reflexividade enquanto modo de conhecimento desenvolvido no processo de reflexão estruturada (quadro 6)

Quadro 6. Enquadramento para a reflexão sobre a acção de Johns (2004)

a)	Estético	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que eu tentei alcançar? • Porque é que eu respondi como respondi? • Quais foram as consequências disso para o cliente? Para os outros? Para mim mesmo? • Como é que essa pessoa se sentiu? • Como é que eu sei isso?
b)	Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que eu me senti nesta situação? • Que factores internos me influenciaram?
c)	Ético	<ul style="list-style-type: none"> • Como é que as minhas acções afectam as minhas crenças? • Quais os factores que me fizeram agir de modo incongruente?
d)	Empírico	<ul style="list-style-type: none"> • Que conhecimento me informou?
e)	Reflexividade	<ul style="list-style-type: none"> • Que relação tem isto com a minha experiência previa? • Poderia eu manipular isto melhor em situações similares? • Quais seriam as consequências de acções alternativas para o meu cliente? Para os outros? Para mim? • Como é que eu agora me sinto acerca desta experiência? • Posso sustentar melhor para mim e para os outros as consequências? • Isto mudou o meu modo de conhecer?

Fonte: Adaptado de Johns (2004)

Deste modo, Johns (2004) considera que a reflexão guiada/estruturada estimula o profissional a desenvolver o *sentido de responsabilidade, curiosidade, reflexividade e envolvimento* com as situações e principalmente ajuda o profissional a tornar-se mais consciente daquelas qualidades e a dar sentido e objectivos para um trabalho efectivo. O enquadramento por este autor proposto tem por base os padrões de conhecimento em enfermagem definidos por Carper (1996) bem como o conhecimento reflexivo que sustenta a metacognição nos processos reflexivos (Kuiper e Pesut, 2004).

Considerando que a prática nem sempre decorre de uma fundamentação cientificamente comprovada, podendo basear-se em mitos, crenças, rotinas ou advir da experiência e conhecimento dos outros e ainda muitas vezes aplicada sem um estudo prévio do contexto no qual a mesma está a ser utilizada (Reed; Procter, 1993), o recurso a enquadramentos devidamente organizados e sustentados mostra que processos de reflexão guiada/estruturada promovem maiores níveis de reflexividade, com conseqüente transformação no processo de

aprendizagem (Glaze, 2001; Johns, 1995; 2004; 2005; Johns e Freshwater, 2005). Também Palmer, Burns e Bulman (1995) salientam as vantagens de orientação e apoio para a realização de processos de reflexão seja na formação inicial ou contínua, pois só assim os sujeitos poderão entender a natureza dos problemas e desenvolver estratégias para os ultrapassar. Neste sentido, a pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar fazendo apelo à racionalidade para a fundamentação da prática. Explicar o que se faz, como se faz e para que se faz constituem os elementos de fundamentação das práticas, que mediados por enquadramentos próprios, se traduzem em processos de reflexão efectivos, fecundos e com poder transformador (Burnard, 1995).

4.4. REFLEXÃO EM ENFERMAGEM

Burnard (1995) refere que um dos objectivos enunciado dentro da filosofia da educação do “Projecto 2000” foi o desenvolvimento do *profissional reflexivo*. Neste sentido, o investimento na reflexão foi e é um dos métodos mais frequentemente usados na educação em cuidados de saúde e pode ser usada de variados modos no ensino em sala de aula ou em contexto clínico para o desenvolvimento da prática profissional (Hyrkäs *et al.*, 2001). O recurso à reflexão tem sido utilizada em enfermagem como método de ensino e aprendizagem, constituindo um dos objectivos do currículo da educação em enfermagem, como é o exemplo da Finlândia (Hyrkäs *et al.*, 2001). É afirmado que a reflexão e a prática reflexiva têm vindo a constituir componentes essenciais para o desenvolvimento da enfermagem podendo ajudar os enfermeiros a “crescer” nos planos profissional e pessoal (Palmer, 1994; Burnard, 1995; Smith e Johnston, 2002), pelo que a prática reflexiva é uma parte essencial da enfermagem como actividade profissional, podendo ajudar no crescimento profissional e pessoal (p.ex: Reed e Procter, 1993; Palmer, Burns e Bulman, 1995; Johns e Freshwater, 2005).

A reflexão é considerada um eficiente método de aprendizagem mas, não sendo um processo automático, representa um enorme desafio para o professor, pois requer coragem, investimento, supervisão e treino. Sendo um processo activo, com foco e conteúdo, envolve mais do que a simples recolha de experiências: ela incorpora um empenho activo, envolvimento pessoal e uma mudança nos comportamentos ou pontos de vista (Hyrkäs *et al.*, 2001). No entanto, a concepção dos professores acerca da sua realização difere muito (Burnard, 1995), mas é aceite que o professor tem um papel central em promover e melhorar a reflexão dos estudantes de enfermagem (Johns, 1995; 2004; 2005; Johns e Freshwater, 2005; Bulman e Schutz, 2005).

Reflectir sobre a própria experiência pode revelar algo das inter-relações teoria/prática, ajudando talvez os profissionais a melhorar o seu trabalho. A prática reflexiva fornece um meio para os enfermeiros mostrarem aos outros um quadro mais completo da realidade do seu próprio trabalho, podendo constituir-se um processo criativo de investigar e definir a prática pessoal (Fernandez, 1998; Kalischuk e Thorpe, 2002).

O desenvolvimento de competências reflexivas, tendo como pressuposto a reflexão, torna o profissional sabedor daquilo que faz, porque ao realizar uma análise retrospectiva consciente e intencional acerca do que aconteceu começa a compreender e a controlar a sua experiência (Palmer, Burns e Bulman, 1995; Newton, 2000).

A reflexão assenta nos princípios da aprendizagem experiencial, como acima referido, o que a torna um processo subjectivo em contraste com uma aprendizagem mais formalizada. Envolve a acção voluntária e intencional de quem se propõe reflectir, o que faz com que a pessoa que faz reflexão mantenha em aberto a possibilidade de mudar em termos de conhecimentos e crenças e em termos pessoais. A pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar, fazendo apelo ao uso da racionalidade e do pensamento crítico para o conseguir.

Na perspectiva de Palmer, Burns e Bulman (1995), fazer reflexão em enfermagem é ter a visão de que as situações de cuidados são complexas, é decidir tentar compreender do que trata a enfermagem, é fazer o esforço de se auto-informar e fazer auto-avaliação assim como questionar a rotinização e a ritualização nos cuidados e fazer esforços para mudar e desafiar a prática corrente. Implica, ainda na perspectiva do autor, explorarmo-nos a nós próprios, reflectindo nas nossas experiências, no sentido de nos tornarmos mais auto-informados e auto-avaliativos, fazendo da reflexão não só uma prática de pensamento, mas uma experiência de aprendizagem. Deste modo, a reflexão pode melhorar a capacidade de aprender continuamente com a experiência constituindo-se um instrumento determinante para a aprendizagem experiencial.

Kalischuk e Thorpe (2002) consideram, ainda, que dar tempo para se reflectir, permitindo que os estudantes se foquem numa auto-análise crítica de conceitos que permita a clarificação dos seus significados, conduz também à criação de novos significados, ou seja, estimula a criatividade. Segundo as autoras, é pela reflexão que o pensamento criativo ocorre o que permite aos estudantes desenvolverem níveis mais avançados de aprendizagem e desempenho clínico, se o processo reflexivo ocorrer com alguma continuidade e tempo suficiente para se reflectir.

Os professores podem ampliar os processos reflexivos através do apoio e estímulo aos estudantes, criando condições para uma atmosfera de confiança e de segurança. O sucesso da reflexão requer que os estudantes a experimentem como sendo útil e com sentido para a sua acção (Hyrkäs *et al.*, 2001) e que tenham abertura e responsabilidade (Johns, 2004; 2005). Neste processo os professores devem identificar e desenvolver os seus próprios papéis para serem capazes de fazer reflexão em sala de aula e em ensino clínico (Johns, 1995; 1998; 2004; 2005; Hyrkäs *et al.*, 2001; Kalischuk e Thorpe, 2002).

Um dos aspectos que distingue a reflexão de outros processos de saber é, talvez, a sua *idiosincrasia*: as reflexões de duas pessoas não são, provavelmente as mesmas. Este processo de aprendizagem subjectivo contrasta com uma aprendizagem mais formalizada, com sessões que são oferecidas nas diferentes instituições. A reflexão sustenta os pressupostos da aprendizagem experiencial, sendo John Dewey um dos filósofos mais citados na teoria da aprendizagem experiencial. Ele define *pensamento reflexivo*, como refere Burnard (1995), como sendo: “*Activo, persistente, e consideração atenciosa por qualquer crença ou suposta forma de*

conhecimento à luz das bases fundamentais que o suportam e outras conclusões às quais ele conduz... inclui a consciência e o esforço voluntário para estabelecer crenças com base na evidência e racionalidade.” (p:81).

Nesta definição constata-se que a reflexão é uma acção voluntária e intencional, referindo ainda, o autor, que a pessoa que faz reflexão mantém em aberto a possibilidade de mudar, quer em termos de conhecimentos e crenças quer em termos pessoais. Burnard (1995) acrescenta que a pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar e apela à racionalidade.

À escola, cabendo-lhe o papel fundamental de transmitir o saber, sobretudo teórico, por si só não assegura que este conhecimento seja compreendido, apropriado e incorporado no processo de cuidados. São necessários processos que favoreçam a apreensão do conhecimento e formas que conduzam à sua mobilização e transferência adequada às situações de cuidados. Conseguir, passa pelo significado que é atribuído a esses conhecimentos e o modo como é entendido, sendo este processo realizado pelo próprio sujeito. Reflectindo acerca do próprio conhecimento e práticas na companhia de outros começam a modificar-se as crenças e ideias acerca do mundo de um modo que nunca se seria capaz se estivesse sozinho.

Reflexão envolve um olhar para trás nas práticas clínicas e pensar acerca do que foi feito durante essas práticas, pelo que a prática reflexiva é um modo de melhorar as práticas futuras, melhorando a capacidade pessoal para comunicar, aprender e cooperar e fundamentalmente relacionando teoria e prática (Reed e Procter, 1993).

Por outro lado, é referido que a enfermeira iniciada usa estruturas cognitivas de processamento da informação e escassas estratégias de processamento analítico quando confrontadas com informação clínica complexa (Corcoran, 1986; Westfall et al. 1986; Tanner et al., 1987; Tabak et al.1996 citados por Kuiper e Pesut, 2004), pelo que os objectivos da educação profissional passam por ensinar a aprender a aprender, a mover-se na ambiguidade, a pensar como um profissional e a desenvolver o sentido de responsabilidade (Oermann, 1994 citado por Kuiper e Pesut, 2004).

Ensinar a reflexão pela construção de narrativas reflexivas permite aos enfermeiros clínicos e estudantes de enfermagem a identificação das preocupações que organizam a história; a identificação das noções do que é correcto na história; a identificação das competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; bem como o estabelecimento de novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico, pois a consciência perceptiva expressa narrativamente é o elemento central de um bom raciocínio de enfermagem (Benner, 2001).

Já a enfermeira competente faz o julgamento clínico de uma determinada situação, utilizando um processo complexo, que envolve conhecimento, experiência profissional, intuição, percepção consciente e valorização do significado da experiência (Pereira, 1995; Benner, 2001).

Estudos de investigação no âmbito da reflexão em enfermagem têm sido realizados utilizando vários pontos de vista. Se olharmos a reflexão como um modo de gerar dados acerca do mundo da prática, então ela pode ser vista, com alguma justificação, como um método de investigação

aliado à entrevista, questionário e/ou observação participante (Rolfe, 2005). Contudo, alguns investigadores advogam a visão da reflexão como mais do que um simples método de colheita de dados (Kim, 1999). Existe o argumento de que a reflexão é por si só um paradigma de investigação, completa, com a sua própria perspectiva no âmbito do investigador reflexivo, considerando a relação do investigador com a prática e os critérios pelos quais os estudos de investigação reflexiva são julgados (Rolfe, 2005). Se aceitarmos esta visão da reflexão como paradigma para colher, julgar, dar sentido e aplicar conhecimento, então a prática reflexiva coloca-se na mesma relação que a reflexão enquanto prática baseada na evidência, do mesmo modo que os estudos experimentais. Tal como os estudos experimentais são vistos como os melhores referenciais para gerar e avaliar conhecimento para a prática, assim a reflexão é o melhor padrão para gerar e avaliar conhecimento para os práticos reflexivos. Vista deste modo, a prática baseada na evidência e a prática reflexiva são filosofias paralelas acerca de como uma disciplina de natureza prática pode ser praticada, cada qual com os seus próprios, mas diferentes, critérios para conduzir, avaliar e aplicar os achados da investigação (Rolfe, 2005).

Kim (1999) realizou investigação tendo por referencial a construção da reflexão crítica em torno das práticas de cuidados de enfermagem que se desenvolveu em três fases processuais, cada uma delas com produtos de reflexividade progressivamente mais complexos, passando pela narrativa descritiva até à aprendizagem e mudança na prática, bem como a auto-crítica e emancipação, como ilustra a figura 18.

Figura 18. Fases no modelo de investigação reflexiva crítica

P R O C E S S O S	FASE DESCRITIVA		FASE REFLEXIVA		FASE CRÍTICA /EMANCIPATÓRIA
	<ul style="list-style-type: none"> • Descrição de acontecimentos da prática (acções, pensa/ e sentimentos) • Análise das descrições em termos de genuinidade e abrangência 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> • Análise reflexiva em relação às teorias adoptadas • Análise reflexiva das situações • Análise reflexiva das intenções 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> • Crítica da prática no que respeita a conflitos, distorções e inconsistências • Envolvimento no processo emancipatório e de mudança
P R O D U T O S	Narrativas descritivas	⇒	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento sobre processos da prática e aplicações • Auto Consciencialização 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> • Aprender e mudar na prática • Auto-crítica e emancipação

Fonte: Adaptado de Kim (1999:1208)

A investigação sobre a reflexão está fortemente relacionada com as habilidades de comportamento cognitivo de auto-monitorização, auto-avaliação e auto-reforço orientado por objectivos que são aspectos essenciais da metacognição (Kuiper e Pesut, 2004). Os autores

referem que a evidência empírica sugere que o desenvolvimento de habilidades de pensamento reflexivo depende da subjectividade dos estudantes e do apoio dado pelos professores, bem como da natureza da experiência clínica que pode afectar a habilidade para reflectir mais do que os anos de experiência de trabalho (Wong et al. 1995 citados por Kuiper e Pesut, 2004).

A investigação com uma amostra de recém-licenciados em enfermagem revelou que as estratégias de pensamento crítico melhoraram ao longo do tempo com o uso atempado da aprendizagem auto-regulada (Kuiper e Pesut, 2004).

Burnard (1995) estudou a concepção dos professores acerca da reflexão tendo constatado grandes diferenças nas suas visões de reflexão e encontrou, como achado importante, que os professores na realidade não ensinavam reflexão, mas utilizavam-na em conexão com outros métodos de ensino.

Quanto ao processo de reflexão auto-percebido Glaze (2001) constatou que a maioria dos estudantes o descreve como um processo de transformação que inclui estar mais consciente da enfermagem, ter *insight* no modo como as suas vidas influenciam as suas acções, como são mais realísticos e confiantes e que têm um sentimento de sabedoria. Também Astor *et al.* (1998) consideram que o investimento na reflexão tem benefícios para a aprendizagem, na medida em que permite a integração da teoria na prática, promove o crescimento intelectual, pois que é cíclica mais do que linear (Davies, 1995), desenvolve capacidades que tornam os profissionais mais confiantes (Davies, 1995) e melhora a responsabilidade e empenhamento (Wong et al. 1995; Astor et al. 1998).

Nos estudos de reflexão não guiada as enfermeiras e estudantes em situação de aprendizagem clínica apresentam vários graus de reflexão: a maioria dos estudantes usam baixos níveis de reflexão e não podem validar assunções ou transformar perspectivas nas situações clínicas dadas (Richardson e Maltby, 1995 citados por Kuiper e Pesut, 2004). Por outro lado, níveis de reflexividade crítica foram documentados em 50% (n=16) de estudantes sénior que tiveram reflexão guiada ao longo de três anos (Liimatainen et al. 2001 citados por Kuiper e Pesut, 2004). Do mesmo modo, Atkins (2005) considera que as habilidades reflexivas são adquiridas e gradualmente desenvolvidas pela prática ao longo do tempo, mais do que em qualquer disciplina ou programa isolado.

Também a reflexão estruturada parece ser benéfica a profissionais com menos experiência porque as habilidades para analisar a prática podem ainda não estar adquiridas (Kuiper e Pesut, 2004) e a diversidade de experiências e estilos de aprendizagem podem não favorecer a reflexão (Wallace, 1997 citado por Kuiper e Pesut, 2004; Johns, 2004; 2005), apesar de ser referido que os enquadramentos estruturados podem ser restritivos e contraproducentes ao desenvolvimento da criatividade dos profissionais (Bolto, 2001, referido por Atkins, 2005).

Jonhs (2004) enfatiza a necessidade de guiar a reflexão dos estudantes com o objectivo de os expor à contradição e perceber o conflito, expor e confrontar a auto-distorção, compreender as limitações auto-impostas, alimentar o empenhamento, ganhar novos *insights*, adquirir níveis de reflexão crítica e capacitar para a resolução da contradição. O raciocínio clínico competente requer

um desenho cuidadosamente construído e estratégias que rapidamente orientem a reflexão por um mentor que torna o processo significativo, o ligue à experiência e se mantenha disponível. Os objectivos e resultados do raciocínio clínico podem ser adquiridos com estratégias de aprendizagem auto-regulada. Estas estratégias fornecem estrutura e são um estímulo que guia a reflexão no contexto da diversidade de experiências e estilos de aprendizagem, pelo que é recomendado o uso de enquadramentos de suporte à reflexão (Palmer, Burns e Bulman; 1995; Johns, 2004; 2005).

Heath (1998), numa análise ao modelo de reflexão guiada de Johns com base nos padrões de conhecimento em enfermagem de Carper (1996), conclui que a reflexão guiada capacita o profissional para monitorizar o seu desenvolvimento profissional e facilita a compreensão do processo quando usada por enfermeiros menos experientes ou estudantes.

Na mesma linha de pensamento, Smith e Johnston (2002) documentam o uso de um programa informático, "Decker Clinical Database", como instrumento que, ajudando a estruturar os processos de reflexão dos estudantes em contexto de práticas clínicas, força a reflexão antecipada dos possíveis eventos melhorando o pensamento crítico e a aprendizagem significativa. Também Dewar e Walker (1999) num programa de aprendizagem experiencial realizado com enfermeiros concluíram que a reflexão sistemática sobre a experiência permite a identificação de aprendizagens significativas inferindo que para se facilitar a aprendizagem significativa dos estudantes é necessário ajudá-los a decodificar o seu conhecimento experiencial em conhecimento que esteja então disponível para a aplicação a outras situações, por um processo de reflexão sistemático e progressivo.

Greenwood (1998) numa revisão da literatura acerca da aprendizagem linear/superficial e aprendizagem cíclica/profunda constata que a aprendizagem cíclica é melhor conseguida com a reflexão mediada por enquadramentos que apoiem e promovam níveis de reflexividade complexa, permitindo que enfermeiros e estudantes aumentem a sua compreensão e efectividade da acção estratégica terapêutica, bem como a compreensão dos contextos sociopolíticos nos quais os cuidados estão imersos.

Kuiper e Pesut (2004) referem que foram documentados exemplos de aquisição de habilidades metacognitivas quando usada a reflexão guiada em amostras de enfermeiros recém-graduados, enfermeiros experientes (Kuiper, 2000) e estudantes de enfermagem em experiência clínica de cuidados agudos.

Vantagens da reflexão para as práticas e desenvolvimento pessoal e profissional

Os investigadores no âmbito da reflexão em geral e na enfermagem em particular expressam um conjunto de recomendações para que a reflexão se constitua efectivamente um processo fecundo na construção do saber profissional.

Constituem recomendações para o desenvolvimento do processo reflexivo: i) Se quisermos que à reflexão se siga a mudança, o melhor é haver concordância, apoio e estímulo daqueles com quem trabalhamos (Glaze, 2001); ii) O relato de uma experiência prática numa perspectiva

humanista pode ajudar a revelar a natureza do trabalho de enfermagem (Benner, 2001); iii) A análise do acto de enfermagem, por meio da reflexão com colegas, pode conduzir a ideias úteis na evolução do trabalho bem como a um apoio de equipa no sentido de uma mudança (Fernandez, 1998); iv) uma abordagem precisa e focada quer nas habilidades requeridas para fazer reflexão quer nos resultados dos cuidados ao cliente é urgentemente requerida (Burton, 2000).

É também salientado que uma prática reflexiva é um método pelo qual os conhecimentos práticos se podem identificar e rever antes, durante ou depois do acto profissional e os processos de salientar os conhecimentos através da reflexão são muitos e variados (p.ex: Burnard, 1995; Boud, 1999; 2005; Jonhs, 2004; 2005; Bulman, 2005; 2005a; Bulman e Schultz, 2005).

Murphy (2004) considera, ainda, que os estudantes de enfermagem devem ser encorajados a reflectir acerca das suas práticas clínicas, nomeadamente através da narrativa escrita ou oral, usando instrumentos que ajudem a realização da reflexão. Amulya (2005) salienta a necessidade de se clarificar os objectivos da reflexão e identificar as oportunidades para a realizar, sugerindo o uso orientado de construção de narrativas reflexivas, pois constituem sistemas cognitivamente complexos e culturalmente robustos para transmitir o modo como pensamos, sentimos e fazemos conexões com a experiência.

No domínio das práticas de enfermagem, Fernandez (1998) refere que a reflexão ajuda a expor o que é a enfermagem, auxilia na prática de informar e na formação dos profissionais e ajuda os enfermeiros a pensar crítica e construtivamente, tornando o profissional mais confiante nas suas práticas, mais seguro e mais competente no desempenho.

Hyrkäs *et al.*, (2001) consideram que a reflexão tem sido vista como um modo de promover o desenvolvimento da autonomia, qualificando e auto-dirigindo os profissionais o que se poderá traduzir em:

- a) Melhoria da qualidade dos cuidados;
- b) Estímulo ao crescimento pessoal e profissional;
- c) Eliminar o fosso entre a teoria e a prática.

Burnard (1995) encara a reflexão em contextos clínicos como oportunidade de olhar para a prática e tentar melhorá-la, tornando o profissional mais apto a fazer certo à primeira vez, da próxima vez, e mais sabedor daquilo que faz e como o faz.

Jarvis (1992) considerando a reflexão uma potencial situação de aprendizagem é de opinião que através dela o profissional também muda o modo como se sente acerca do mundo. Kim (1999) encarando a reflexão como um processo de análise consciente acerca do que se verificou, ou seja a reflexão enquanto retrospectiva intencional que estimula a abordagem da enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático, ajuda a desenvolver a própria prática e a mudar o modo como se vêem as referidas práticas de cuidados.

Na perspectiva de reflexão enquanto processo auto-regulado, a maioria dos estudantes descreve um processo de transformação que inclui estar mais consciente da enfermagem, ter *insight* no modo como as suas vidas influenciam as suas acções, como são mais realísticos e confiantes e que têm um sentimento de sabedoria (Glaze, 2001).

Também o investimento na reflexão tem benefícios para a aprendizagem pois que permite a integração da teoria na prática (Astor *et al.* 1998), promove o crescimento intelectual, pois que é cíclica, mais do que linear (Davies, 1995), desenvolve capacidades que tornam os profissionais mais confiantes (Davies, 1995) e melhora a responsabilidade e empenhamento (Wong *et al.* 1995; Astor *et al.* 1998).

Grenwood (1998) refere que a reflexão promove a construção da aprendizagem, apresentando algumas vantagens que têm sido demonstradas em investigações realizadas em contexto profissional, nomeadamente evidências de que os profissionais desenvolvem teorias de enfermagem individuais com influência na prática e geram conhecimento em enfermagem (Emden, 1991); realizam mais facilmente a integração da teoria e prática (Landeen *et al.*, 1995); corrigem distorções e erros nas crenças relacionadas com actividades, valores e normas subjacentes (Mezirow, 1990); realizam abordagens cuidativas holísticas, individualizadas e flexíveis; identificam, descrevem e resolvem problemas práticos pela racionalização deliberativa (Powel, 1989); melhoraram a auto-estima (Jonhs, 1994; 1995); monitorizam a melhoria efectiva ao longo do tempo, intensificam a visibilidade do trabalho terapêutico dos enfermeiros, exploram e compreendem a natureza e limites do seu próprio trabalho e o dos outros profissionais (Jonhs, 2004; 2005); encorajam o movimento no controlo de trabalho social com menos directividade, vigilância aberta no trabalho e muito mais controlo indirecto através da equipa e colegas, colaboradores, promovem a oportunidade para mudar o poder na determinação do que é que vale enquanto conhecimento de uma elite para os profissionais no local de trabalho e encorajam a construção de conhecimento de base mais compreensiva porque está directamente ligado àquilo que os profissionais sabem acerca da prática, fornecendo a oportunidade para um rápido e progressivo recentramento na actividade profissional (Smyth, 1993).

É ainda referido na literatura que os processos de reflexão estão intimamente relacionados com os processos de supervisão (Fowler e Chevannes, 1998), pelo que, segundo os autores é *inquestionável esta compatibilidade* (p. 380) e referem, a partir dos achados de um estudo realizado neste âmbito, que os profissionais, na perspectiva da supervisão clínica, tendem a ver a prática reflexiva como um processo integrante da supervisão, salientando que esta deverá ser estruturada no sentido de ir ao encontro das necessidades individuais dos formandos.

Críticas à reflexão

Alguns teóricos referem que faltam provas empíricas que validem o recurso à reflexão como instrumento de aprendizagem assim como meio de aperfeiçoamento da teoria de enfermagem (Heath, 1998a; Burton, 2000; Cotton, 2001). Heath (1998a) e Burton (2000) referem também que não há evidência de que o objectivo último da prática reflexiva seja a melhoria dos cuidados ao cliente.

São questionados os métodos empregues para investigar (questionários e entrevistas) os processos de reflexão, pois que aqueles são predominantemente considerados métodos de

natureza quantitativa, quando os processos reflexivos são de natureza subjectiva (Atkins e Murphy, 1993, citados por Burton, 2000).

É questionada a validade de se reflectir sobre relatórios escritos de actos passados, pois existe o enviesar da situação pelo esquecimento, assim como a má representação dos acontecimentos para evitar uma revelação total.

Do mesmo modo, são consideradas barreiras à aprendizagem pela via da reflexão as experiências educacionais prévias dos formandos e a cultura dominante na qual os profissionais trabalham, pois que estes aspectos afectam a abertura dos formandos para se exporem ao julgamento de outros bem como a sua capacidade para estarem abertos à responsabilidade pela sua própria aprendizagem (Platzer, Blake e Ashford, 2000).

Do ponto de vista ético-moral, existe a possibilidade de os estudantes se sentirem pressionados e expostos, sem respeito pela sua autonomia, confidencialidade e confiança nas relações profissionais pelo uso de micro técnicas de reflexão (Cotton, 2001), impedindo uma abertura franca e obstruindo a aprendizagem e pior ainda pôr em perigo aqueles que se expõem se a reflexão supervisionada deslizar para uma psicanálise amadorista (Cameron e Mitchell, 1993, citados por Fernandez, 1998). Uma vez na esfera pública os formandos são objecto de interpretações e julgamentos, pelo que o recurso a técnicas de micro ensino no processo reflexivo deverá ser muito bem pensado antes de se utilizar. Também a leitura de documentos que contenham informação pessoal é questionada em termos éticos (Rich e Parker, 1995, citados por Burton, 2000).

Os processos avaliativos levados a cabo por supervisores clínicos poderão levar ao exercício da regulação política através de julgamentos de normalização e hierarquização dos formandos quanto aos discursos reflexivos, p. ex: “não reflexivo”, “pouco reflexivo”, “bom reflexivo”, o que constitui entraves obliterantes ao desenvolvimento da reflexividade (Cotton, 2001).

Eby (1999) refere ainda que o constante uso da reflexão para promover o auto desenvolvimento pode levar a um sentido de dúvida e auto-censura permanentes num esforço contínuo para melhorar deixando pouco espaço para o profissional se sentir bem. Por outro lado Quinn (1998) cit. *idem*, refere que a reflexão sendo um processo individual pode afastar da organização a responsabilidade para promover as adequadas condições do meio para um efectivo desenvolvimento profissional.

No âmbito da enfermagem, os estudos realizados têm sido alvo de crítica sendo referido que a educação em enfermagem não fornece reais instrumentos para a reflexão e auto-questionamento (Driscoll, 1994, citado por Hyrkäs *et al.*, 2001) ou para o pensamento complexo ou tomada de decisão reflexiva na prática de enfermagem (Magnussen e Trotter, 1997, *ibidem*). É também referido que a maioria das enfermeiras não possui capacidades de reflexão (Andrews, 1996, *ibidem*).

Lowe e Kerr (1998) num estudo experimental realizado com dois grupos de estudantes, no qual o grupo experimental foi exposto a métodos de ensino reflexivo, verificaram não haver diferença estatisticamente significativa ($p > 5\%$) na aprendizagem entre os dois grupos, embora os

processos de avaliação da aprendizagem referidos tenham sido os tradicionais – teste de avaliação, que na nossa perspectiva não seriam os mais adequados para avaliar processos de construção de conhecimento de natureza reflexiva.

Fowler e Chevannes (1998) alertam para a possibilidade de que para os formandos com pouca ou nenhuma experiência a reflexão poder ser um método inapropriado e frustrante, sugerindo métodos de ensino mais directivo para estes estudantes.

A abordagem realizada à reflexão e processos reflexivos facultou-nos uma visão mais sustentada da utilização de processos de reflexão, possibilitando-nos afirmar a absoluta necessidade de uma clara conceptualização do processo, dos seus objectivos e pontos-chave, nomeadamente as vantagens de um enquadramento que ajude o estudante a nortear o seu processo reflexivo. Ficou também claro que a reflexão passada à escrita, na primeira pessoa e sob a forma de narrativa, constitui um poderoso instrumento para a aprendizagem significativa dos estudantes em contexto de aprendizagem clínica. Estes aspectos reforçam em nós a convicção da utilidade e pertinência da estratégia reflexiva implementada nesta investigação, não descurando potenciais barreiras ou obstáculos que tal estratégia comporta na aprendizagem significativa dos estudantes.

PARTE II OPÇÕES METODOLÓGICAS

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

Em investigação, a natureza do problema em estudo e as questões formuladas orientam a selecção da abordagem investigativa, bem como dos métodos de recolha e análise dos dados.

A aprendizagem e desenvolvimento dos *estudantes* em contextos de ensino clínico na formação inicial em enfermagem desenvolvidos com recurso à reflexão sistemática e continuada sobre as práticas de cuidados constituem o nosso **objecto de estudo**. O ensino clínico tem um forte impacto emocional sobre os estudantes, pelo que a sua preparação deve ser cuidada e organizadas as actividades que facilitem a sua aprendizagem clínica (White e Ewan, 1997). Deste modo a preparação, implementação e monitorização de um programa pedagógico favorecedor do desenvolvimento de processos reflexivos, que se processou durante cinco ensinos clínicos, e metareflexões no final dos mesmos, constituíram preocupação do investigador.

Para investigarmos o processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes pela via daqueles processos de reflexão é necessário considerar que a dimensão social e contextual na qual esses processos reflexivos ocorrem, que contêm mais variáveis do que é possível controlar, pelo que os resultados nesta investigação são locais, contextuais e ocorrem apenas no tempo em que este estudo foi realizado.

A **questão de partida**: com a qual iniciamos o processo de investigação: *Como se processa a construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico pelo recurso à construção sistemática e continuada de reflexões?* permitiu a formulação de **questões orientadoras** articuladas para a interrogação dos textos de investigação.

Retomando essas questões de investigação, já expressas na introdução, pretendemos situar e enquadrar as opções metodológicas tidas nesta investigação. Assim, constituem as questões de investigação:

- a) Qual a natureza das situações significativas narradas pelos estudantes, nas narrativas reflexivas, produzidas em ensino clínico?
- b) Que significados atribuem os estudantes às situações de cuidados narradas?
- c) Que dificuldades expressam os estudantes na selecção dessas situações?
- d) Que interacções são expressas pelos estudantes com as situações de cuidados narradas?
- e) Que modos de resposta são activados pelos estudantes perante as situações significativas?
- f) Que áreas de aquisição e construção de conhecimento são expressas nas reflexões?
- g) Que áreas de aquisição e desenvolvimento de competências são expressas nas reflexões?
- h) Que concepções acerca do processo reflexivo são expressas nas narrativas?
- i) Quais são as percepções dos estudantes acerca do processo reflexivo realizado, nos seus discursos metareflexivos?

- j) Será que existe alguma variabilidade pessoal, contextual ou de continuidade narrativa nos achados discursivos dos estudantes?

A obtenção de respostas plausíveis para as questões formuladas remete-nos para a definição de objectivos do estudo, no sentido de explicitarmos o modo como pretendemos aceder ao processo de aprendizagem dos estudantes, em contexto de ensino clínico, a partir da construção de narrativas reflexivas e metareflexões, no final dos mesmos.

Constitui **finalidade** deste estudo *construir conhecimento substantivo e convergente no domínio da didáctica inscrita no paradigma da reflexividade crítica, bem como nos domínios institucional e pessoal enquanto contributos para a didáctica da supervisão em ensino clínico de enfermagem*. Temos como **objectivo principal** *analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e metareflexões no processo de aprendizagem do estudante de enfermagem, em contexto de ensino clínico de enfermagem*, potencialidades encaradas enquanto força catalisadora e promotora de construção de saberes experienciais e de aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. Deste modo, são **objectivos da investigação**:

- a. Identificar a natureza das situações experienciadas como significativas pelos estudantes;
- b. Identificar os significados pessoais acerca das experiências clínicas narradas;
- c. Identificar as dificuldades dos estudantes na selecção de situações significativas para a construção de narrativas reflexivas;
- d. Descrever as interacções dos estudantes com as experiências narradas, nas dimensões afectiva (sentimentos), cognitiva (pensamentos) e comportamental (formas de agir profissional);
- e. Descrever os modos de activação de respostas perante as situações experienciadas;
- b) Descrever áreas de aquisição e construção de conhecimento expresso nos discursos narrativos dos estudantes;
- c) Descrever áreas de aquisição e desenvolvimento de competências;
- d) Identificar as concepções de reflexão expressas pelos estudantes em torno do processo reflexivo;
- e) Identificar os significados metanarrativos dos estudantes acerca do processo reflexivo, realizado;
- f) Analisar factores de variabilidade pessoal, contextual e de continuidade narrativa nos resultados discursivos dos estudantes.

Trata-se, com estes objectivos, de natureza operacional, de identificar categorias descritivas dos vários modos de experienciar, sentir, pensar, agir e construir significados pela expressão narrativa de situações clínicas vividas pelos estudantes de enfermagem como significativas em contexto de ensino clínico e metareflexões realizadas *à posteriori*. A consecução destes objectivos dá-nos elementos que permitem *analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e metareflexões no processo de aprendizagem do estudante de enfermagem*, procurando compreender de que modo as práticas reflexivas, pela construção de narrativas

reflexivas durante os ensinamentos clínicos e metareflexões no final do processo contribuem para o desenvolvimento do estudante de enfermagem, enquanto objecto de desenvolvimento ecológico.

Pretendemos ainda analisar alguns factores de variabilidade no processo de construção narrativa, nomeadamente os factores pessoal e contextual, bem como a continuidade na realização de narrativas reflexivas.

1.1. MODO DE INVESTIGAÇÃO: ESTUDO DE CASO

A abordagem neste estudo desenvolve-se metodologicamente com as características de estudo de caso único, com unidades incorporadas de análise (Yin, 2005), num campo de investigação real programado (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994) associado a processos de investigação narrativa (Clandinin e Connelly, 2000; Polkinghorne, 2002), e fenomenográfica (Sjöström e Dahlgren, 2002; Freire, 2006).

A opção pelo estudo de caso tem por base a consideração de que este processo investigativo se orienta no sentido do estudo em profundidade de um fenómeno contemporâneo (Burns, 2000, Garson, 2002; Yin, 2005) num contexto bem definido (Yin, 2005). No nosso caso, o fenómeno em estudo refere-se à *aprendizagem e desenvolvimento de um grupo de estudantes* em contexto de ensino clínico pela construção de narrativas reflexivas e metareflexões. Trata-se de um estudo de “caso único” (Yin, 2005:61) de natureza descritiva (Hutchinson, 1990), pois o caso em estudo refere-se ao objecto aprendizagem e desenvolvimento, enquanto processo de desenvolvimento ecológico de um grupo de estudantes, pela análise das potencialidades do uso de um enquadramento para a reflexão implementado. O campo de investigação é “*real, programado e parcialmente controlado*” (Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994:168), dado que ocorre em contexto de ensino clínico na formação inicial em enfermagem de estudantes de uma escola superior de enfermagem e em relação ao qual foi construído, implementado e monitorizado um programa educacional promotor de processos reflexivos específicos por parte dos estudantes. Este campo de investigação real inclui “*unidades incorporadas de análise*” (Yin, 2005:61), que são as narrativas reflexivas e metareflexões produzidas pelo grupo de estudantes aleatoriamente seleccionado para a participação no estudo. Neste estudo, o investigador está pessoalmente implicado em todo o processo, procurando a abordagem do fenómeno a partir do interior do mesmo, com participação activa no processo de produção da informação e na análise da mesma, que se procurou ser profunda e do tipo indutivo. Procurámos, ainda, que a informação recolhida abrangesse a globalidade do caso, embora algumas limitações não tivessem permitido a sua análise e a inclusão dos possíveis resultados que favorecessem a compreensão mais profunda do fenómeno, como são o conteúdo de entrevistas realizadas a supervisores e estudantes participantes.

O estudo de caso foi associado à investigação narrativa, particularmente nos processos de recolha e análise da informação, tendo em consideração que “*As narrativas relativas à aprendizagem experiencial ligam o formando, o contexto, as interações e o tempo.*” (Benner,

2001: NI), apresentando o potencial de os textos de campo se poderem transformar em textos de investigação (Clandinin e Connelly, 2000) pertinentes ao nosso processo investigativo.

Polkinghorne (2002) defende a construção narrativa, enquanto processo investigativo, considerando que: i) A experiência humana está embebida numa dimensão pessoal e cultural de significados não materiais e pensamentos, sendo que a dimensão de significado não é estática, amplia-se pelas novas experiências, é continuamente reconfigurada e é tornada explícita pela reflexão e recolção. Esta dimensão transcende-nos como indivíduos quando comunicamos os nossos pensamentos e experiências a outros e transcende-nos quando nós, por sua vez, participamos como ouvintes ou leitores das expressões dos outros; ii) A experiência humana é levada a cabo fora da interacção entre a pessoa que organiza o esquema cognitivo e o impacto do ambiente em si próprio. A experiência é uma construção integrada, produzida no domínio do significado, o qual interpretativamente liga recolções, percepções e expectativas. A narrativa é um dos esquemas cognitivos que apresenta ao conhecimento um mundo no qual as acções humanas estão todas relacionadas em relação aos objectivos e desejos humanos; iii) A experiência humana não é organizada do mesmo modo que na dimensão material. A experiência faz conexões e amplia-se pelo uso de processos metafóricos que ligam experiências similares, mas não exactamente as mesmas, e isso avalia itens relativos à posição que ocupam em conjuntos mais vastos. É um sistema aberto, no qual novas formas de organização podem emergir e novos significados podem ser desenvolvidos. Esta dimensão significativa possui uma grande plasticidade e o seu processo pode ser disciplinado com limites auto propostos. A narrativa extrai aspectos metafóricos e polissémicos do processo original, pois funciona para (re)construir a experiência como significativa.

Deste modo, é possível aceder ao fenómeno aprendizagem dos estudantes pelo estudo do significado narrativo que torna exequível explicitar as operações que produziram um tipo particular de significado e evidenciar as implicações que esses significados têm para compreender o processo de aprendizagem (Polkinghorne, 2002). Particularmente, pretende-se pela investigação narrativa evidenciar os modos de interacção do estudante com as situações significativas de cuidados, os modos de resposta activados nessas situações, bem como a construção de conhecimento clínico privado e a descoberta de competências adquiridas e/ou desenvolvidas expressas nos discursos narrativos dos estudantes.

A fenomenografia, entendida enquanto método na investigação qualitativa e empírica foi desenvolvida na investigação educacional em 1970 por F. Marton (Sjöström e Dahlgren, 2002), é considerada enquanto conjunto de assunções acerca do humano, da ciência e de como podemos adquirir conhecimento acerca dos modos como as pessoas experienciam o mundo. Apoia-se em assunções de natureza ontológica “*só podemos comunicar o mundo que experienciamos*”, e epistemológica, “*os humanos podem diferir no modo como experienciam o mundo*”, sendo que estas diferenças podem ser descritas, comunicadas e compreendidas por outros, pelo que a descrição das diferenças e similaridades no modo como o mundo é concebido constitui o resultado mais relevante da investigação fenomenográfica. (Sjöström e Dahlgren, 2002: 240).

Existem algumas similaridades e diferenças entre a fenomenografia e a fenomenologia. Em ambas, o objecto de estudo é a experiência humana e a compreensão, sendo a essência da experiência humana no seu significado invariante o objectivo da fenomenologia, enquanto que na fenomenografia o objectivo está centrado na variação da experiência vivida pelos sujeitos (Sjöström e Dahlgren, 2002).

A utilização da fenomenografia na investigação em enfermagem é particularmente relevante pois permite enfatizar as diferenças entre como os clientes experienciam a sua situação e necessidades e do ponto de vista da educação, o conhecimento acerca das diferenças na concepção de cuidados relativos a cada fenómeno de saúde entre os estudantes, permitindo abordagens diferentes para diferentes estudantes.

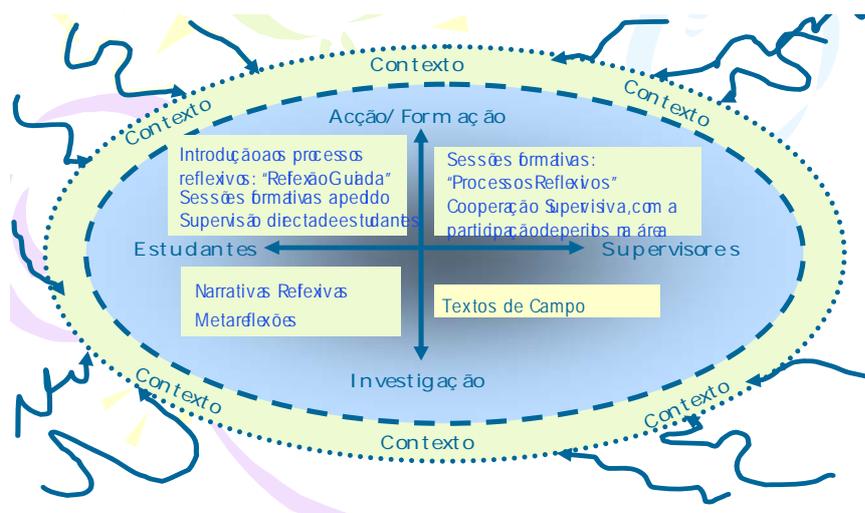
Deste modo, a fenomenografia neste processo investigativo, enquanto interesse em perceber “*como realmente é*” a aprendizagem do estudante e “*como é que são percebidas*” as narrativas reflexivas pelos estudantes (Sjöström e Dahlgren, 2002: 340), é complementar às outras perspectivas de investigação: o estudo de caso e a investigação narrativa.

Pela fenomenografia pretendemos, fundamentalmente, discernir e descrever diferentes modos de os estudantes experienciarem as situações significativas de cuidados descritas e compreender a natureza das concepções individuais acerca do processo reflexivo construído, expresso nos discursos narrativos e metanarrativos.

Esta tipologia de investigação desenvolve-se num modelo conceptual que organiza e integra dois tipos de estratégia: a intervenção, sob a forma de *formação/supervisão*, e a investigação, cruzando-as sem, no entanto, as confundir. Trata-se, com efeito, e segundo Delprat, citada por Sá-Chaves (2002) de uma *unidade de modelização dupla* na qual se procuram desenvolver as estratégias de *acção/formação/supervisão* orientadas para a implementação e acompanhamento de supervisores (professores e enfermeiros) e estudantes nos processos de construção de narrativas reflexivas durante o ensino clínico, e a compreensão do processo de aprendizagem do grupo de estudantes quando realizam as narrativas reflexivas e metareflexões no final dos ensinamentos clínicos, considerando a variabilidade inerente ao próprio sujeito, bem como aos contextos em que as narrativas são produzidas e a sua continuidade, como procuramos representar na figura 19.

Desse modo, ao desenvolvimento das estratégias de formação e de supervisão correspondem os procedimentos investigativos que asseguraram as *saídas do sistema* (as narrativas reflexivas e metareflexões) que permitiram recolher a informação necessária ao desenvolvimento da investigação.

Figura 19. Desenho da investigação: modelização dupla



Tratando-se de um estudo de *duple dimensão*, consideramos a **dimensão da acção/formação**, enquanto acção que se construiu no desenvolvimento de um “Plano de Formação”, no âmbito da supervisão orientada para *processos de reflexão em ensino clínico*, com docentes e orientadores pedagógicos e a **dimensão da investigação**, enquanto conjunto de elementos de carácter metodológico que enformaram todas as etapas do processo investigativo.

a) Dimensão da acção/formação:

A dimensão acção/formação desenvolvida neste estudo enquadra-se num modelo de intervenção sobre e com as práticas de supervisão em contexto de ensino clínico na formação inicial em enfermagem, que conduziram à construção/implementação de processos de reflexão sistemática e continuada por parte de docentes e orientadores pedagógicos. Este modelo de intervenção teve como referente a construção de narrativas reflexivas por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico do 3º ano do curso.

Este processo de acção/formação permitiu que a intervenção fosse orientada no sentido de implementar processos de reflexão com os estudantes em ensino clínico, sob a forma de narrativas reflexivas com um guia de orientação de suporte e orientação à construção das mesmas.

b) Dimensão da investigação

A dimensão investigação expressa-se nos tópicos e conteúdo que enformam as opções metodológicas, mas que, enquanto projecto que se orientou para a construção negociada com os parceiros nos processos de acção, a própria investigação sofreu ajustes e adaptações decorrentes de margens de incerteza que enformaram este projecto desenvolvido em situação de interacção social.

O processo investigativo apoia-se nas supunções de que:

- ◆ É possível intervir intencionalmente nos processos de construção da aprendizagem dos estudantes em ensino clínico, a partir de práticas supervisivas orientadas para a reflexão sistemática e continuada dos estudantes sobre as práticas de cuidados experienciadas;
- ◆ A construção de narrativas reflexivas em torno de experiências significativas e com um enquadramento de apoio específico promove a aprendizagem significativa dos estudantes de enfermagem na formação inicial, em ensino clínico.

A partir destas assunções construímos um enquadramento de apoio à reflexão dos estudantes em ensino clínico tomando por referências as fases do *Modelo de Investigação Reflexiva Crítica* de Kim (1999); os pressupostos de Goodman (1994), citado por Silva (2000a), o ciclo reflexivo de Gibbs (1988) citado por Palmer, Burns e Bulman (1994) e o *Modelo de Reflexão Estruturada* de Johns (Palmer, Burns e Bulman, 1994; Johns, 2004; 2005), bem como a nossa experiência prévia na condução de processos de reflexão com enfermeiros no Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e estudantes na formação inicial (Santos e Fernandes, 2004) (quadro 7).

Quadro 7. Enquadramento para a construção de narrativas reflexivas em ensino clínico de enfermagem, na formação inicial

ETAPAS	QUESTIONAMENTO
<p>1. Descrição da situação tal qual é percebida</p> <p>Descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação</p>	<p>O que é que aconteceu? Em que local e com que pessoas? Quais as características da situação? O que é que se passou comigo? O que fiz e como o fiz? Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento? O que é que eu senti? Quais as razões que concorrem para que esta situação seja para mim significativa?</p>
<p>2. Análise</p> <p>Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções em confronto com as crenças e pressupostos subjacentes, pessoais e do contexto, assim como em confronto com o estado do conhecimento relativo a essa prática (situação).</p>	<p>O que é que tentei fazer? O que é que eu pretendia com as minhas acções? Porque razões agi como agi? Quais as consequências/implicações das minhas acções para o cliente e família, para mim próprio e para as pessoas com quem trabalho? Como é que esta situação me afecta? O que influenciou a minha tomada de decisão e acções (conhecimentos, tecnologias, crenças e valores)? O que pensam as pessoas envolvidas, da situação? Quais os seus propósitos, e intenções? Quais os consensos presentes no contexto? Quais as crenças e valores das pessoas presentes na situação? Como é que o cliente e a família se sentiram? Como é que sei como é que eles se sentiram? Quais os factores internos e externos que influenciaram a minha tomada de decisão e acções? O que diz a teoria acerca da situação em causa?</p>
<p>3. Síntese/Avaliação da acção realizada/ Construção de nova perspectiva</p> <p>Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências entre a experiência pessoal e as perspectivas dos outros e construção de nova perspectiva de intervenção.</p>	<p>Existem algumas <i>distorções, inconsistências ou incongruências</i> entre aquilo que fiz e o que poderia ter feito? Como concebo uma nova perspectiva de intervenção numa situação similar? Que sentido atribuo a esta experiência, considerando a experiência passada e a prática futura? Revendo a experiência, em que é que eu mudei ou me desenvolvi?</p>

Fonte: Adaptado de Santos e Fernandes (2004)

Este enquadramento tem como objectivos de aprendizagem:

Objectivo Geral

Desenvolver uma atitude crítica e de investigação face aos cuidados que pratica.

Objectivos Específicos

- a) Identificar uma situação de cuidados percebida como especialmente significativa no contexto da prestação de cuidados;
- b) Descrever a situação percebida, considerando as suas circunstâncias e características em que ocorre, assim como as acções realizadas, os pensamentos e sentimentos pessoais presentes;
- c) Analisar os factores presentes na situação fazendo o confronto entre os factores pessoais, contextuais e o conhecimento actual;
- d) Identificar a natureza das distorções, incongruências ou inconsistências entre os diferentes factores colocados em confronto;
- e) Avaliar a acção inicial, considerando as distorções, incongruências ou inconsistências encontradas;
- f) Construir uma nova perspectiva de intervenção pessoal.

As questões de investigação, bem como os objectivos decorrentes inscrevem-se numa filosofia “naturalística” de investigação, na qual a realidade social é construída pelos indivíduos que nela participam – os docentes, enfermeiros orientadores pedagógicos e os estudantes – e a compreensão produzida é aceite como sendo local e particular, num contexto preciso e num tempo definido (Dolbec, 2003).

O objecto de estudo, as questões de investigação, bem como o tipo de objectivos implicam a opção por uma metodologia investigativa de tipo qualitativo.

Os estudos de natureza qualitativa derivam de uma filosofia dita da “*dúvida*” e da “*tolerância*” (Gauthier, 2003). Da *dúvida*, pois que nenhuma verdade é dada como adquirida ou aceite incondicionalmente, com a abertura de espírito que reconhece que outros pensem de maneira diferente. Da *tolerância*, porque o empreendimento de investigação qualitativa é relativo à possibilidade de permitir múltiplas interpretações da mesma realidade, no sentido de encontrar os modos mais significativos de descrever e compreender a experiência humana, com o reconhecimento de que a realidade é dinâmica (Streubert e Carpenter, 2002), por isso complexa e incerta no seu devir. Trata-se de ser objectivo pelo reconhecimento da subjectividade e pelos efeitos dessa mesma subjectividade (Lessard-Hébert e Boutin, 1994).

Na perspectiva de Streubert e Carpenter, (2002) a investigação qualitativa possui algumas características importantes, que importa assinalar: *i) uma crença em múltiplas realidades; ii) um compromisso com a identificação de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado; iii) um compromisso com o ponto de vista do participante; iv) uma conduta de pesquisa que limita a corrupção do contexto natural do fenómeno de interesse; v) um reconhecimento da participação do investigador na investigação; e vi) uma compreensão do fenómeno, relatando-o de forma*

literária e incluindo os comentários dos participantes” (Streubert e Carpenter, 2002: 17-18). Assim, nos estudos qualitativos o comprometimento do investigador passa pela descoberta de múltiplos modos de compreensão e pela consideração do ponto de vista dos participantes, no sentido da procura da sua perspectiva interior.

Deste modo, as formas de investigação qualitativa tendem a reconhecer a importância da subjectividade e das experiências de vida dos seres humanos (Burns, 2000), com a construção de significados a partir do ponto de vista dos participantes. Neste contexto, significado é entendido enquanto *“significado mínimo, em termos de impacto ou qualidade no fenómeno isolado no contexto em que ocorre”* (Burns, 2000: 11). Do mesmo modo, o nosso posicionamento face ao objecto de estudo é de dúvida aberta, no sentido da incerteza quanto aos axiomas defendidos, pelo que se aceita à partida que outros pensem de maneira diferente, embora pela investigação realizada se pretenda reduzir a incerteza quanto ao conhecimento acerca do modo de aprender pela via da reflexão em contexto de ensino clínico.

1.2. O CONTEXTO DA PESQUISA

As Escolas Superiores de Enfermagem têm por missão formar enfermeiros, a vários níveis de formação, desenvolvendo currículos previamente concebidos para o efeito.

Realizámos a investigação na então Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, hoje integrada na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, por fusão das duas escolas de enfermagem existentes na cidade, no âmbito do currículo aprovado pela Portaria nº 710/2000 de 4 de Setembro. Neste plano de estudos, o estudante realiza formação predominantemente teórica e teórico-prática nos 1º e 2º anos do curso. Esta formação tem por base um conjunto de unidades curriculares, umas do tipo anual e outras semestrais, nas áreas científicas da enfermagem, medicina, psicologia, sociologia e ciências da educação, incluindo algumas disciplinas de natureza transdisciplinar, como são a “Introdução à Investigação e à estatística” e a “Ética e Deontologia”. Realizam ainda a unidade curricular “Projecto de Desenvolvimento Pessoal”, que contém ensino de natureza teórico, teórico prático e prático e que se desenvolve ao longo de todo o curso. Esta unidade curricular tem por objectivo fundamental estimular o estudante a desenvolver uma área de interesse pessoal ao longo de todo o curso, procurando que aquele estabeleça conexões entre as várias unidades curriculares e seleccione experiências cujo significado seja pertinente ao aprofundamento e visão abrangente da área seleccionada. Este processo é acompanhado por um mentor, professor da escola, que vai ajudando o estudante a dar sentido e congruência ao seu percurso em função dos seus interesses pessoais. No sentido de aquele poder aprofundar a sua área de interesse, todos os anos o estudante pode seleccionar uma disciplina de opção, de natureza teórico-prática, dentro do vasto leque de opções oferecidas. Este processo culmina com a apresentação e discussão públicas de um poster, bem como com a partilha do projecto com um grupo de colegas cujos interesses ou experiência de aprendizagem em que se encontrem possam beneficiar da construção de significados ocorrida durante os quatro anos do curso.

No 3ºano do curso o estudante dá início à sua aprendizagem clínica, pela realização de ensinamentos clínicos em diferentes áreas de prestação de cuidados: área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstétrica, saúde do idoso e geriátrica, enfermagem na comunidade, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e enfermagem médica e cirúrgica. Constituem sete áreas de prestação de cuidados diferentes, cada uma delas realizada em diferentes instituições e serviços, com a duração de cinco semanas em cada uma.

É um ano bastante exigente para o estudante, pois coloca à prova a sua capacidade de adaptação e integração a contextos de prática de cuidados sempre novos e diferentes a cada cinco semanas. Por outro lado, os estudantes entram em cada novo serviço com o estatuto de iniciados e podem apresentar dificuldades em integrar a aprendizagem teórica com aquilo que vivem em situações reais. O nível dos actos competentes, fundados sobre a experiência em situação (Dreyfus, 1982, citado por Benner, 2001) pode ser atingido a partir dos princípios e da teoria aprendida na sala de aulas, mas as decisões e aptidões que dependem do contexto, só podem ser adquiridas perante situações reais. Este modelo de aquisição de competências é um modelo dependente da situação experiencial e não da *"inteligência ou dons da pessoa"* (Benner, 2001: 50), pelo que o estudante está em permanente situação de dependência contextual exigindo-lhe e favorecendo o desenvolvimento de uma atitude flexível, de humildade intelectual e envolvimento pessoal numa aprendizagem significativa para conseguir superar com êxito este ano do plano de estudos.

A investigação realizada, ocorreu precisamente neste 3º ano de aprendizagem, tendo envolvido todos os estudantes do curso (189) em cinco áreas clínicas, as que aderiram participar no estudo, a saber: enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem de saúde materna e obstétrica, saúde do idoso e geriátrica, enfermagem médica e enfermagem cirúrgica (quadro 8).

Quadro 8. Organização do ensino clínico no 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Portaria 710/2000

Blocos de Ensino Clínico	Grupos de Estudantes – 27/grupo						
	1 5 sem.	2 5 sem.	3 5 sem.	4 5 sem.	5 5 sem.	6 5 sem.	7 5 sem.
S. Materna	1	2	3	4	5	6	7
S. Idoso	7	1	2	3	4	5	6
Enf. Médica	6	7	1	2	3	4	5
Enf. Cirúrgica	5	6	7	1	2	3	4
Enf. Pediátrica	4	5	6	7	1	2	3
S. Comunidade	3	4	5	6	7	1	2
Enf. Psiquiátrica	2	3	4	5	6	7	1

Os blocos de ensino clínico são sete, cada um comportando 27 estudantes, representados pelos números no cabeçalho do quadro, e que ao longo do ano vão passando pelas diferentes áreas divididos por instituições e serviços de prestação de cuidados em grupos mais pequenos, que variavam entre dois a oito estudantes em função das características da unidade na qual o

estágio era realizado. Neste tipo de operacionalização dos ensinamentos clínicos estão envolvidas variáveis contextuais e sociais múltiplas que terão influência na aprendizagem dos estudantes, mas que pela natureza do estudo não são consideradas, assumindo-se apenas os critérios de variabilidade pessoal (os estudantes da amostra), contextual (a área de ensino clínico) e de continuidade narrativa (1ª, 2ª, 3ª, 4ª e 5ª narrativas) na análise dos resultados.

Foram participantes no estudo, na dimensão acção formação:

- ◆ O investigador
- ◆ Docentes e orientadores pedagógicos:
 - Coordenador do 3º Ano do CLE
 - Responsáveis/Supervisores de Ensino Clínico por área científica
 - Docentes/Orientadores pedagógicos no terreno
- ◆ Estudantes do 3º Ano do CLE

Na dimensão investigação, os participantes foram o investigador e um grupo de dez estudantes aleatoriamente seleccionados, dois por conglomerados (cada conglomerado contém 27 estudantes e corresponde a cada uma das áreas de ensino clínico que aderiram à participação na investigação) entre todos os estudantes do curso.

Os dez estudantes participantes no estudo têm idades compreendidas entre 21 e 26 anos (Mo=21), um do género masculino e nove do género feminino. Oito dos estudantes fizeram a candidatura ao ensino superior tendo como primeira opção a Licenciatura em Enfermagem, um com primeira opção pela Licenciatura em Medicina e outro frequenta o curso de enfermagem por transferência do Curso de Engenharia Mecânica, no segundo ano. Todos os estudantes têm três matrículas no curso e três têm disciplinas em atraso.

2. DESENVOLVIMENTO EMPÍRICO

2.1. TRABALHO DE CAMPO

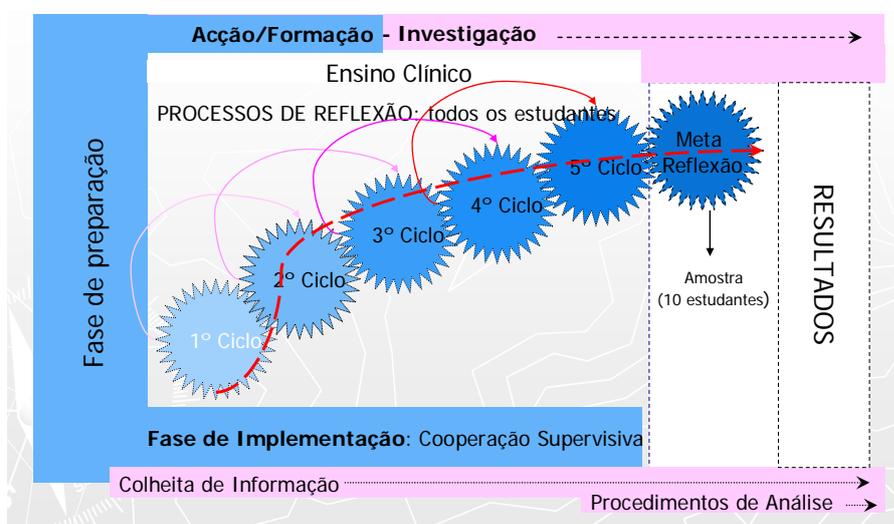
A intervenção desenvolvida no terreno centrou-se mais intensamente no domínio da *Acção/Formação*, domínio modelizado numa perspectiva de trabalho de campo co-presente e determinante para o domínio investigativo. Em simultâneo com a intervenção mantivemos em aberto o conjunto de referenciais de natureza teórica que sustentavam a temática de investigação, no sentido de aprofundar a revisão de literatura e definição de quadro de referências teóricas para a reconstrução e (re)conceptualização dos elementos de natureza epistemológica e de terminologia, inicialmente adoptados.

Constituíram objectivos de carácter operacional para a intervenção:

- a) Construir uma equipa de participantes e a temporalidade da acção com inclusão dos órgãos de gestão da ESEAF, utilizando a negociação informada e esclarecida;
- b) Definir critérios de aplicabilidade para a construção de processos de Reflexão Sistemática, por parte dos estudantes em Ensino Clínico do 3º ano, com docentes/orientadores pedagógicos;
- c) Construir um “Programa de Formação” com docentes/orientadores pedagógicos responsáveis pela supervisão/accompanhamento dos estudantes do 3º Ano do CLE em ensino clínico e que adiram ao projecto, a partir de uma proposta (Anexo 3);
- d) Realizar “Programa de Formação” (co)construído com os participantes.

A consecução destes objectivos desenvolveu-se em duas fases distintas: i) fase preparatória e ii) fase de implementação. Estas fases progrediram no sentido da co-construção, com docentes e orientadores pedagógicos de ensino clínico, de dinâmicas de supervisão clínica promotoras de construção de narrativas reflexivas por parte dos estudantes do 3º ano do CLE, em contexto de ensino clínico (figura 20).

Figura 20. Modelo de intervenção e investigação



Fase Preparatória

A fase preparatória da intervenção incluiu a concretização dos objectivos operacionais cuja natureza se situou no trabalho preliminar de construção de consensos e a partir dos quais se pôde passar à fase de intervenção, propriamente dita, de acção/formação/supervisão orientada para a construção de narrativas reflexivas pelos estudantes em contexto de ensino clínico.

Nesta fase do trabalho, realizámos um conjunto de actividades que se desenvolveram sob a forma de reuniões programadas com diferentes órgãos de gestão e áreas científicas da instituição na qual realizámos o estudo e que asseguraram a configuração de condições para a intervenção, ou seja, a implementação de estratégias de supervisão promotoras da construção de processos de reflexão dos estudantes em ensino clínico do 3º ano.

Assim, realizámos reuniões com: i) membros do Conselho Directivo, em 25 de Maio, 2005; ii) Professor Coordenador e Coordenadora Adjunta do 3º Ano, em 19 de Julho de 2005; iii) Professor Coordenador e Professores Responsáveis de Ensino Clínico do 3º Ano, em 22 de Julho de 2005; iv) docentes e orientadores pedagógicos por Área Científica, com ensinamentos clínicos do 3º ano (7 Áreas Científicas), entre 26 de Julho e 16 de Setembro de 2005; e v) participação em Reunião de Professores para preparação de integração dos estudantes ao Ensino clínico do 3º Ano, em 19 de Setembro de 2005.

Estas actividades permitiram: i) a obtenção de autorização formal do Conselho Directivo da instituição para a concretização do projecto de investigação no âmbito dos processos de supervisão em ensino clínico do 3º Ano do CLE; ii) a colaboração do Conselho Pedagógico e do Professor Coordenador do 3º Ano para o desenvolvimento do projecto; iii) a adesão de cinco Áreas Científicas com Ensinamentos Clínicos do 3º Ano: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Enfermagem de Saúde do Idoso, Enfermagem Médica e Enfermagem Cirúrgica; iv) a construção de uma equipa de participantes, que livremente e de modo esclarecido aderiram ao projecto, constituída por 26 profissionais, dos quais: 5 Professores responsáveis por ensinamentos clínicos; 9 Docentes (5 professores adjuntos e 4 assistentes); 5 Enfermeiros Especialistas em serviço de requisição na Escola e 7 Enfermeiros orientadores pedagógicos; e v) a aferição temporal da acção: de Setembro de 2005 a Julho de 2006.

Resultou também, consensualmente, como critérios a considerar na construção dos processos de reflexão em contexto de ensino clínico: i) A realização de narrativas reflexivas a efectuar pelos estudantes, em todos os ensinamentos clínicos, conforme guia orientador, com entrega de narrativas reflexivas escritas, no final de cada ensino clínico; ii) A narrativa escrita foi considerado um instrumento de avaliação de aprendizagem, com ponderação definida em função da especificidade de cada Área Científica, na qual o ensino clínico se realizou; iii) A entrega das narrativas escritas ao investigador no final de cada ensino clínico, a fim de poder participar no processo supervisivo em tempo útil, pela análise e *feedback* do seu conteúdo em reuniões previamente definidas, bem como assegurar a recolha de informação necessária ao processo investigativo e iv) A definição de

quatro momentos de cooperação supervisiva para análise e reflexão dos processos em curso, com a possibilidade de participação de peritos na área.

Fase de Implementação

A realização da acção/formação teve como finalidade a (co)construção da melhoria da qualidade formativa dos estudantes em ensino clínico pela construção de narrativas reflexivas de modo sistemático e continuado sobre as práticas de cuidados por eles experienciadas, bem como a produção de informação pretendida para esta investigação. Orientou-se no sentido da execução de um “Programa de Formação” co-construído com os participantes, bem como em torno dos processos formativos dos estudantes, tal como definido na fase preparatória do mesmo.

O programa formativo incluiu duas etapas: a Etapa I, na qual se promoveu o desenvolvimento de actividades formativas, de carácter mais formal, com apresentação, análise e discussão de “*Processos de reflexão em contextos clínicos de aprendizagem*”, a apresentação, análise e discussão de *Processos de Reflexão*, operacionalizados para contextos de ensino clínico e expresso em guia orientador para tal construído, com docentes/orientadores pedagógicos de ensino clínico do 3º ano, bem como duas sessões formativas: “Introdução a processos de Reflexão em Ensino Clínico”, com estudantes, professores e orientadores pedagógicos, na Integração aos Ensinos Clínicos; e a Etapa II, que se desenvolveu com a nossa cooperação no processo supervisivo, em três momentos marcados previamente, um dos quais foi realizado com a participação de uma perita na área da supervisão.

Considerámos para cada um dos momentos supervisivos as fases: planificação, desenvolvimento e avaliação/resultados da acção. Os materiais produzidos, referentes à planificação e sínteses escritas da formação, foram validados sempre com um mínimo de três participantes, e enviadas a todos os participantes no projecto, após cada momento de cooperação supervisiva.

O 1º momento de cooperação supervisiva (Novembro de 2005) correspondeu a uma fase muito inicial do processo. Os estudantes tinham realizado um primeiro ciclo reflexivo sob a orientação dos docentes ou orientadores pedagógicos e estes, a partir desta primeira experiência de prática supervisiva orientada para a reflexão dos estudantes e em função das suas dúvidas, dificuldades e o próprio questionamento em torno do processo, estavam em condições de participarem na reflexão acerca do processo supervisivo experienciado, no sentido da sua reconstrução, reconfiguração e ou procura de sentidos de congruência nas referidas práticas e cuja síntese se apresenta no anexo 4.

O 2º momento (Fevereiro de 2006), correspondendo ao final do 3º ciclo reflexivo realizado pelos estudantes, permitiu que os docentes e orientadores, pela experiência e reflexão acumuladas, partilhassem dúvidas/dificuldades com peritos na área de especialidade da supervisão, pelo que o contributo para a possibilidade de recomposição dos saberes experienciais, num registo de complexificação de funções e admissão da possibilidade de sustentar a complexificação na acção pedagógica pela produção de novas solidariedades profissionais

tendencialmente propensas a lidarem com a interdisciplinaridade, pensamos, ter sido conseguida. Esta partilha e reflexão crítica, fundamentalmente sustentada pela perita convidada, em torno dos processos de reflexão em curso veio evidenciar a necessidade de revermos a organização e conteúdo do “Guia de orientação” em uso, no sentido da sua aferição aos processos reflexivos em curso. A síntese deste momento de cooperação supervisiva encontra-se no anexo 5.

No 3º momento de cooperação supervisiva, que ocorreu em Abril de 2006, fizemos a análise aprofundada do guia de orientação proporcionado aos estudantes, por ter sido considerado que este poderia ser melhorado na sua organização e conteúdo, especificamente a explicitação/clarificação dos níveis de aprofundamento reflexivo e o auto-questionamento sugerido. Após a sua análise detalhada e considerando as várias sugestões apontadas, ficou decidido que faríamos a sua revisão e o seu envio posterior para análise e apreciação dos participantes envolvidos. Desta análise e apreciação resultou um novo guia orientador (anexo 6), tendo este sido objecto de validação com estudantes de dois grupos em ensino clínico (Enfermagem de Saúde Materna e Enfermagem de Saúde do Idoso).

O 4º momento, inicialmente previsto para Julho de 2006, e no qual se pretendia realizar a avaliação informal de todo o processo, não chegou a ser cumprido, pela dificuldade que os participantes experimentavam em se ausentar dos contextos de ensino clínico em que estavam alocados.

Nos momentos de cooperação supervisiva procurámos que fosse feita a partilha de concepções e experiências de práticas supervisivas orientadas para a reflexão dos estudantes em ensino clínico, bem como a análise e discussão em torno de dúvidas e dificuldades apresentadas pelos participantes. Deste modo, procurámos favorecer a supervisão oportunamente (re)pensada e (re)construída no sentido do apoio à reflexão dos estudantes. Tratou-se de uma acção formativa centrada no *Princípio da necessidade*, segundo o qual as necessidades concretas do grupo de participantes em formação, no qual nos incluímos, serviram de orientação para os diversos campos de acção didáctica e pedagógica a (re)construir; no *Princípio da implicação das competências*, pois as competências estão intrínseca e mutuamente implicadas a cada indivíduo, pelo que o seu desenvolvimento não é arbitrário e a aquisição e/ou desenvolvimento de uma produz desenvolvimento nas outras; e no *Princípio da flexibilidade*, que possibilitou que o esquema de organização da cooperação supervisiva em momentos distintos se ajustasse às necessidades dos participantes (Estrela e Estrela, 2001). Com estas actividades, foi possível aferir alguns elementos de terminologia e aspectos de carácter processual relativos aos processos de reflexão dos estudantes. Temos a noção de que as acções desenvolvidas se revelaram ajustadas, pois todos os estudantes de todas as Áreas Científicas aderentes ao projecto realizaram as narrativas reflexivas de modo sistemático e contínuo ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, processos reflexivos que nos foram entregues na sua quase totalidade sob a forma de narrativa escrita (relatório de reflexão) no final de cada ensino clínico.

Procurámos, também, que esta fase se desenrolasse no esforço dialéctico de objectividade-subjectividade e distância-proximidade de relação com os supervisores e estudantes

participantes na investigação. Esta relação exigiu do investigador uma constante conciliação entre rigor e flexibilidade, bem como a tomada de consciência da complexidade e de um grande grau de imprevisibilidade do real que muito contribuiu para o seu processo formativo.

2.2. RECOLHA DE INFORMAÇÃO: PROCESSOS E DIMENSÕES ÉTICAS

O desenvolvimento do projecto de investigação ocorreu em simultâneo com as actividades de acção/formação e a informação foi recolhida ao longo de todo o ano lectivo de 2005 – 2006.

Constituíram fonte de informação os estudantes que construíram narrativas reflexivas em cada ensino clínico das áreas aderentes ao estudo, as quais serviram duas finalidades complementares. Uma, a recolha aleatória de narrativas reflexivas em momentos distintos, com a finalidade de compreender a natureza da evolução dos sujeitos participantes, no que diz respeito aos processos de reflexão narrados a fim de ter podido intervir oportunamente nos processos de supervisão em curso, conforme definido na segunda etapa do trabalho de campo: a cooperação supervisiva. Outra, a investigação, em que recolhemos as narrativas de 2 estudantes, aleatoriamente seleccionados por conglomerados (cada conglomerado corresponde a um ensino clínico específico, por Área Científica) num total de 10 narrativas por área de ensino clínico (pois que se trata de 5 áreas de ensino clínico), expressas sob a forma de *relatório*.

No final dos ensinamentos clínicos foi solicitado aos estudantes participantes que realizassem uma metareflexão a partir da análise pessoal das suas narrativas. Intencionalmente não foram fornecidas quaisquer orientações escritas ou mais elaboradas para a construção das metareflexões, no sentido de deixar em aberto o campo de possibilidades metanarrativas de cada estudante, permitindo assim a emergência da sua criatividade, singularidade e subjectividade. Deste processo resultaram dez metareflexões, uma por cada estudante da amostra. Assim, obtivemos 50 narrativas e 10 metareflexões que constituem o *corpus documental*, enquanto textos de investigação, deste estudo.

A opção pela amostra aleatória dos sujeitos participantes na investigação, embora constitua um procedimento não muito comum nos estudos de caso (Burns, 2000), teve por base a consideração de que qualquer elemento da população de estudantes com a qual foi realizada a intervenção tivesse igual probabilidade de ser incluído no grupo de participantes, assegurando deste modo a possibilidade do grupo poder ser representativo para o objecto de estudo, em termos de variabilidade nos constructos recolhidos. Não optámos por uma amostra intencional, porque nos obrigaria a uma análise prévia e exaustiva dos textos de campo, no sentido de, por exemplo, seleccionar casos discrepantes: “as melhores narrativas *versus* as piores narrativas”, e também por considerarmos que este processo poderia ser afectado por enviesamento, dada a natureza subjectiva que tal procedimento incluiria, não considerámos essa opção.

A opção pela colheita de informação sob a forma de narrativas reflexivas e metareflexões apoia-se na perspectiva de Benner (2001) que considera que os objectivos dos projectos baseados nas narrativas permitem:

- a) Investigar a aprendizagem experiencial, colectiva e cumulativa – a pessoa que constrói a narrativa aprende contando a sua história;
- b) Compreender a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem;
- c) Analisar a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica;
- d) Analisar o conhecimento articulado que está inerente à prática de enfermagem, descrevendo aspectos do conhecimento prático.

A construção narrativa contém em si o objecto empírico que se pretende investigar (Houle, 2003), ou seja a aprendizagem dos estudantes nos discursos do vivido em contextos de prática clínica, que se pretende compreender e explicar pela construção teórica das propriedades deste objecto extraído da forma primária do saber – a construção narrativa. De facto, este processo de construção narrativa expressa o processo social reconstruído e descrito pelos estudantes de modo idiossincrático, pois que se trata de um processo de apropriação pessoal e subjectiva da realidade, na qual o sujeito expressa a sua singularidade. Sendo baseadas em factos passados, as narrativas organizam e expressam os acontecimentos ocorridos e os significados reflexivamente construídos pelos estudantes em torno desses acontecimentos. Dado que os acontecimentos passados não estão acessíveis à observação aberta e directa dos mesmos, por parte do investigador, as narrativas constituem documentos de “memória pessoal” que reconstróem retrospectivamente os eventos (Polkingorne, 2002), a interacção dos estudantes com esses acontecimentos e os significados construídos em torno dos mesmos. Deste modo, entendemos as narrativas como narrativas de formação inscritas nesta abordagem epistemológica e metodológica, pois constituem simultaneamente parte do processo formativo e auto-formativo, através das experiências dos estudantes em formação. Este processo ocorreu com alguns factores de mediação que nos fazem crer na veracidade das mesmas. A supervisão realizada por professores e enfermeiros orientadores em contexto clínico, a matriz de referência fornecida aos estudantes e o facto de as narrativas terem sido consideradas instrumento de avaliação da aprendizagem em ensino clínico, constituem factores que nos permitem deduzir da sua veracidade, quanto aos acontecimentos narrados.

Os Aspectos Éticos Considerados

Nos processos de investigação qualitativa as preocupações de natureza ética constituem um elemento considerado crítico (Burns, 2000; Streubert e Carpenter, 2002). Segundo Streubert e Carpenter (2002) o compromisso com um estudo de investigação *“implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral”* (p. 37). Acrescentam que *“os assuntos relacionados com o consentimento informado, anonimato e confidencialidade, obtenção de dados, tratamento e relações participante-investigador na investigação qualitativa implicam novas considerações éticas e, por vezes considerações éticas não esperadas”* (p.37).

Tendo por referência aquelas considerações, bem como a *checklist* disponibilizada pelas autoras para a crítica dos aspectos éticos de um estudo de investigação qualitativa (Streubert e Carpenter, 2002:40), constituíram preocupações e opções de natureza ética neste estudo:

- *O fenómeno estudado.* Este foi considerado relevante e importante no domínio da didáctica em enfermagem, tendo por referentes os propósitos da formação em enfermagem, enquanto formação de um profissional reflexivo, na qual devem “*ser privilegiadas estratégias que favoreçam o desenvolvimento de competências investigativas e reflexivas [...] assente numa reflexão crítica sobre as práticas [...]. Os professores assumem, neste quadro, um conjunto de novas funções que se direccionam para a criação de situações de aprendizagem*” (D’Espiney, 2004: 24-25), que exigem modelos de aprendizagem baseados na reflexão crítica. Quanto ao modo de abordagem quantitativa/qualitativa, desde logo nos pareceu que a abordagem mais apropriada seria a da investigação qualitativa, pois que pretendemos aceder ao fenómeno aprendizagem dos estudantes em ensino clínico mediado por processos de reflexão, intencionalmente enquadrados e sob supervisão programada, de modo naturalístico-fenomenológico. A investigação assenta em objectivos de natureza profissional, no sentido de contribuir para práticas de formação consentâneas com uma aprendizagem experiencial significativa por parte dos formandos, mas também inclui objectivos de natureza pessoal, no sentido do nosso enriquecimento e desenvolvimento de competência formativa;
- *Revisão da literatura.* Esta foi realizada de forma abrangente, situando a pertinência do estudo no quadro das actuais preocupações da filosofia e da formação em enfermagem, das teorias de aprendizagem que sustentam o processo de aprendizagem centrado no formando e nas concepções acerca da reflexão, sem omitir resultados de investigações prévias e críticas colocadas à questão da reflexão, procurando fugir a algum enviesamento que pudesse comprometer a verdadeira natureza do objecto de estudo;
- *Planeamento da investigação.* O desenho da investigação foi concebido de modo a que todos os estudantes tivessem a oportunidade de construir processos reflexivos que à partida consideramos serem úteis para a sua aprendizagem. Quanto ao local onde foi realizada a investigação, foi obtida autorização formal do Conselho Directivo, bem como consentimento informado de todos os participantes que de modo livre e esclarecido aderiram participar no estudo. Deste modo, os docentes e orientadores pedagógicos colaboraram no estudo nos termos e condições que foram consensualmente definidos em reuniões preparatórias do trabalho de intervenção no terreno;
- *Participantes.* Depois de seleccionados os estudantes e já no último ensino clínico, foram contactados no sentido de participarem na investigação. Foi-lhes dado a conhecer os objectivos do estudo e qual o teor da sua participação, à qual espontânea e livremente aderiram. Assim, a participação dos estudantes no estudo foi precedida de consentimento informado, sob a forma de compromisso escrito, no qual a garantia de confidencialidade e anonimato foram expressos. O contacto dos mesmos no último ensino clínico prendeu-se

também com questões de natureza ética, pois que se o grupo tivesse conhecimento da sua participação no estudo em fases mais precoces do desenvolvimento do mesmo poderia comprometer a veracidade das narrativas realizadas;

- *Colheita de dados.* Como já referido, foram acautelados alguns procedimentos que garantem com forte plausibilidade a veracidade dos mesmos. Dado que todos os dados foram colhidos pelo investigador não houve necessidade de preparar outros colaboradores. No entanto, para garantir processos de supervisão e acompanhamento bem informados, os participantes do terreno foram alvo de processos de formação e cooperação supervisiva que decorreu ao longo de todos os ensinamentos clínicos realizados. Devemos ainda referir que foram colhidos mais dados do que aqueles que são objecto de procedimentos investigativos e que permitiriam a compreensão mais profunda e abrangente do fenómeno em estudo, mas que por razões de natureza logística, nomeadamente o horizonte temporal em que se inscreve a realização desta investigação, não os usamos na análise da informação;
- *Análise dos dados.* Como já descrito, a análise dos dados foi realizada pelo investigador, tendo sido considerados os procedimentos conhecidos como adequados à sua concretização;
- *Conclusões/sugestões.* Estas apoiam-se nos achados resultantes do processo de análise conduzido, bem como no conhecimento actual e pertinente ao fenómeno em estudo.

Estes foram os aspectos considerados mais relevantes no domínio das questões éticas e que estiveram presentes ao longo de todo o processo investigativo.

2.3. TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

A informação recolhida neste estudo de investigação é constituída por um *corpus documental* que inclui narrativas reflexivas construídas pelos estudantes no contexto da sua aprendizagem clínica/experiencial e metanarrativas construídas no final do processo, cujo objectivo se orienta para a análise da relação entre as expressões discursivas dos sujeitos na edificação narrativa e metanarrativa e a sua contribuição para a construção da aprendizagem significativa experiencial, enquanto explicação, significação e exploração do “*vivido*” para a compreensão da aprendizagem como objecto ecológico (Houle, 2003:306-7). As narrativas reflexivas produzidas pelos estudantes tiveram na sua base uma matriz referencial, sob a forma de “Guia orientador para a construção de narrativas em ensino clínico”, ao qual os estudantes tiveram acesso e explicação prévia à construção das narrativas reflexivas, bem como a actividade mediadora dos supervisores clínicos.

Estes documentos escritos foram revistos, complementados com dados de caracterização dos sujeitos, contextos e ordem narrativa, passados para suporte informático e codificados, sendo posteriormente inseridos no programa de análise qualitativa *Non numerical Unstructured Data Index Searching and Theorizing* (NUD*IST), versão QSR 6.

Análise da informação

Nas investigações de natureza qualitativa o processo de análise tem início durante a própria colheita de dados, pois à medida que os dados vão sendo colhidos vão sendo analisados em função da sua pertinência para o objecto de estudo (Pope, Ziebland e Mays, 2000). Esta análise sequencial ou *interina* possui a vantagem de orientar o investigador no processo de refinamento das questões de investigação, desenvolver hipóteses e prosseguir na investigação de modo mais profundo (*ibidem*). No processo de análise de dados qualitativos, estes são preservados na sua forma textual e indexados a “categorias analíticas” ou explicações teóricas (Pope, Ziebland e Mays, 2000). As categorias analíticas são usadas para descrever e explicar o fenómeno em estudo, podendo aquelas derivar indutivamente – obtidas gradualmente a partir dos dados – ou dedutivamente – a partir do enquadramento teórico.

Os autores supracitados consideram cinco passos a seguir na análise qualitativa de dados: i) *familiarização*, que consistem na imersão do investigador nos dados; ii) *identificação de um enquadramento temático*, que consiste na identificação de temas, conceitos ou aspectos chave segundo os quais os dados podem ser examinados e referenciados; iii) *indexação*, que consiste na aplicação de enquadramento temático a todos os dados na sua forma textual com a codificação de todas as unidades de significação ao tema respectivo; iv) *mapeamento*, pelo rearranjo dos dados em função do tema enquadrador e formação de mapas de inclusão, que envolve algum nível de síntese e abstracção; v) *mapeamento e interpretação*, usando as codificações para definir conceitos, a abrangência e natureza do fenómeno, criando tipologias e associações entre temas, no sentido de obter explicações para os achados. O processo de mapeamento e interpretação é influenciado pelos objectivos da investigação bem como pelos temas que emergiram dos dados.

Já Bryman e Burgess (1994) consideram que a análise dos discursos narrativos pode ser realizada segundo diferentes perspectivas: *primeiro* podemos realizar a análise evidenciando o conteúdo linguístico, em termos de significados e tópicos, ou a forma linguística, tais como a gramática e a coesão do texto; *segundo*, podemos analisar o discurso considerando a sua relação, construção e variabilidade em relação com a acção descrita; ou ainda, realizar a análise discursiva nas suas componentes retórica ou organização argumentativa expressa nos textos. Os autores consideram que a análise da construção discursiva constitui, provavelmente, o princípio analítico mais importante na análise do discurso (*ibidem*: 55).

Aqueles autores sugerem que a análise discursiva seja feita primeiro pela “*codificação aberta*” ou “*codificação inicial*”, enquanto processo de “*quebrar, examinar, comparar, conceptualizar e categorizar dados*”, depois a “*codificação axial*”, que inclui procedimentos em que os dados são colocados em “*categorias de dados*” pela conexão que se faz entre as categorias (Bryman e Burgess, 1994: 5), processo que é similar ao proposto por Pope, Ziebland e Mays (2000) nos dois primeiros passos da análise qualitativa.

Miles e Huberman (1994) consideram que a análise qualitativa de dados inclui, globalmente, três procedimentos: *redução dos dados*; *apresentação dos dados* e *verificação/desenho de conclusões* (p. 10). A redução dos dados refere-se ao processo de selecção, focagem,

simplificação, abstracção e transformação dos dados, através de processos de codificação e categorização. A apresentação dos dados, considerada pelos autores parte integrante do processo analítico, inclui o recurso a vários tipos de matrizes, gráficos e tabelas, no sentido de organizar a informação de modo rapidamente acessível e de forma compactada para que o analista possa ver o que está ocorrendo e possa conceber justificações conclusivas. A verificação/desenho de conclusões tem início no processo de atribuição de significados e pode expressar-se no cruzamento realizado entre as categorias e as breves incursões aos dados originais que são redigidos no sentido de assegurar a validade interna dos achados. Esta abordagem é mais abrangente do que a proposta por Bryman e Burgess (1994), pois inclui os procedimentos de apresentação e análise dos achados, enquanto que a proposta dos últimos autores está mais focada no processo específico de análise dos dados, embora sejam considerações a pesar no processo de apresentação e análise dos achados.

Na perspectiva fenomenográfica, Sjöström e Dahlgren, (2002), apontam um aspecto considerado a questão central da análise fenomenográfica, que é determinar “*o que é mais importante na resposta particular*”, ao assunto em questão (*ibidem*, 2002: 341). Para ajudar a resolver esta questão os autores sugerem a proposta de Gurwitsch (1964), que propõe três domínios a seguir na construção analítica. O primeiro é o *tema*, que constitui o “*foco de atenção*”; o segundo é o *campo temático* definido como a totalidade da informação copresente no tema e constitui a base a partir da qual os temas emergem. O terceiro domínio inclui a informação, que embora copresente não tem relevância para o tema central e é designado *periferia (margin)*. Na fenomenografia as diferentes categorias descritas na categorização são tratadas como a descrição final e não parte do todo ou descrição essencial do fenómeno. Na prática, alguns indicadores podem ser usados para apreciar o significado dos elementos numa resposta, tais como a *frequência*, a *posição* e a *pregnância*, quando o assunto explicitamente enfatiza que determinados aspectos são mais importantes que outros.

As categorias de descrição constituem, então, os resultados da investigação, que são “*os vários modos de pensar*” acerca da experiência (Sjöström e Dahlgren, 2002: 347).

No nosso estudo, considerámos as várias perspectivas de análise qualitativa de dados propostas pelos diferentes autores apontados de modo heurístico. Realizamos a análise discursiva no sentido de evidenciar o conteúdo linguístico expresso, em termos de significados e tópicos, de modo a responder às questões de investigação previamente formuladas e reconstruídas à medida que a análise da informação foi sendo realizada. Neste processo de análise, após a *familiarização* com o conteúdo narrativo pela leitura e releitura global do material (Clandinin e Connelly, 2000; Pope, Ziebland e Mays, 2000) realizamos a *compilação* dos dados de todos os sujeitos, de modo a identificar os *temas* mais significativos no discurso de cada um (Dahlgren e Fallsberg, 1991, citados por Sjöström e Dahlgren, 2002). Usamos também o método de comparação constante entre os temas e os dados textuais (Pope, Ziebland e Mays, 2000), temas estes que foram discutidos e analisados com os sujeitos participantes, no sentido de garantir a sua validade interpretativa (Polkinghorne, 2002). Passamos à codificação de *unidades de significação*, primeiro

de modo aberto (*free nodes*) (Bryman e Burgess, 1994), com algumas codificações *in vivo* e depois de modo mais estruturado por temas/categorias, uns previamente definidos, outros emergentes do próprio processo de análise.

Deste modo, foi construído um sistema de categorias, de forma progressiva e semi-indutiva, utilizando os critérios propostos por Landry (2003) para a construção de "Grelha de análise mista", em que o sistema de categorias é induzido a partir do material analisado. Numa primeira fase, recorreremos à utilização de categorias definidas *a priori*, em função dos pressupostos do enquadramento teórico e tomando como referente as etapas e níveis de reflexão definidas por Kim (1999) para os elementos documentais e, num segundo momento, procedemos à sua articulação com outras que emergiram através da análise das narrativas e metareflexões dos estudantes (modelo de emparelhamento entre a análise nomotética e a análise ideográfica). Deste modo, foi possível estruturar, analisar e gerar significados para os diferentes domínios temáticos.

Para estes procedimentos recorreremos, como já referido, ao programa informático de análise qualitativa de dados NUD*IST, versão QSR 6.

Componente interpretativa dos discursos

Polkinghorne (2002:177) considera que a análise de narrativas "*é levada a cabo usando técnicas hermenêuticas*", movendo-se entre os dados originais e o padrão descritivo emergente, num processo que designa de "*o círculo hermenêutico*".

A hermenêutica, enquanto ciência ou metodologia da interpretação, especialmente de um texto escrito, é considerada uma forma ampla de interpretação, no sentido da procura do simbólico. É ainda uma corrente de pensamento também dita filosofia prática, inspirada em Hans-Georg Gadamer que considera que a *praxis* não está subordinada à teoria, como simples técnica resultante da dedução de um saber teórico. A prática é co-natural, é teoria. Procurando distinguir-se da metafísica, tem como virtude fundamental a *phronesis*, entendida como ligação entre a razão (*logos*) e a experiência moral (*ethos*) (practical wisdom), entre a subjectividade (da consciência) e a objectividade (do ser). Neste sentido, Gadamer salienta que a verdade é superior ao método (Malpas, 2005).

O termo "hermenêutica" provém do verbo grego *hermēneuein* e significa "*declarar*", "*anunciar*", "*interpretar*", "*esclarecer*", "*traduzir*". Significa que alguma coisa é "*tornada compreensível*" ou "*levada à compreensão*", pela interpretação (Cuvillier, 1973:92).

Filosoficamente é defendido que o termo deriva do nome de Hermes, que na mitologia grega é o deus Hermes. O certo é que este termo originalmente exprimia a compreensão e a exposição de uma sentença "*dos deuses*", a qual precisa de uma interpretação para ser apreendida correctamente. Desde os séculos XVII e XVIII o uso do termo tem sido usado no sentido de uma interpretação correcta e objectiva da *Bíblia*. Spinoza é um dos precursores da hermenêutica bíblica (Maltez, 2007).

No entendimento de Ramberg e Gjesda (2005), o termo hermenêutica é a versão latina do grego *hermeneutice* e tem feito parte da linguagem comum desde o início de séc. XVII. No entanto, a sua história abarca toda a filosofia antiga.

Como vemos, o entendimento dos diferentes autores não é consensual relativamente à origem do termo e como veremos, também as perspectivas relativas à sua concepção e uso variam de acordo com a óptica filosófica dos teóricos bem como a época histórica e factor contextual em que a hermenêutica é empregue.

Quanto às abordagens hermenêuticas, Ramberg e Gjesdal (2005) consideram que a hermenêutica abrange as duas ordens da teoria da *compreensão* e da *interpretação* de expressões linguísticas e não linguísticas. Para Schleiermacher¹¹, a hermenêutica não visa o saber teórico, mas sim o uso prático, isto é, a praxis ou a técnica da boa interpretação de um texto falado ou escrito. Trata-se assim da "compreensão", que se tornou desde então o conceito básico e a finalidade fundamental de toda a questão hermenêutica. Schleiermacher define a hermenêutica como "*reconstrução histórica e divinatória, objectiva e subjectiva, de um dado discurso*" (Maltez, 2007).

Ao considerarmos o processo de escrita, leitura e discurso como um momento integrado e não particularizado, o que interessa é a obra produzida. O movimento hermenêutico que trabalha com a obra opera como mediação, coincidindo com a praxis, uma categoria da dialéctica da crítica. A compreensão do discurso da obra é fruto de uma permanente reconstrução, reelaboração da própria obra e é nisso que consiste a hermenêutica quando não transformada em ontologia (Andreoli, 2003).

Quanto ao processo de compreensão, não podemos deixar de referir Heidegger, mentor de Gadamer, a quem é referido dizer que toda a compreensão apresenta uma "estrutura circular" e citando: "*Toda interpretação, para produzir compreensão, deve já ter compreendido o que vai interpretar*". Ou seja, *não será possível compreender sem já o saber*, parafraseando Idália Sá-Chaves.

No processo de compreensão hermenêutica são apontadas como estruturas básicas a *Estrutura de horizonte*: o conteúdo singular é apreendido na totalidade de um contexto de sentido, que é pré-apreendido e co-apreendido; a *Estrutura circular*, na qual a compreensão se move numa dialéctica entre pré-compreensão e compreensão da coisa, o acontecimento progride em forma de espiral, na medida que um elemento pressupõe outro e ao mesmo tempo faz com que ele vá adiante; a *Estrutura de diálogo*, sendo que no diálogo, mantemos a nossa compreensão aberta, para enriquecê-la e corrigi-la e a *Estrutura de mediação*, na qual a imediatez apresenta-se e manifesta-se em todos os conteúdos, mas medeia-se à compreensão no nosso mundo e na nossa história (Andreoli, 2003).

¹¹ Teólogo, filósofo e pedagogo alemão, nascido em Breslau, a 21 de Novembro de 1768, co-responsável pela aparição da teologia liberal, nega a historicidade dos milagres e a autoridade literal das Escrituras (Maltez, 2007)

Paul Ricœur: a interpretação das narrativas

Na perspectiva de Paul Ricœur, a teoria da interpretação só é possível com uma teoria do discurso que dá origem à noção e funda a teoria do texto proporcionando a dialéctica do evento e da significação e a dialéctica do sentido e da referência (Ribeiro, 2002). A leitura do texto propicia a dialéctica da distanciação e a dialéctica da apropriação e mediante a dialéctica da explicação e da compreensão favorece a *alteridade* (o distante – qualquer outro, outro ser, enquanto ser-no-mundo - tornado próximo e próprio), a *ipseidade do si* (só se sabe quem se é, compreendendo o seu ser, à medida que se vai interpretando a si mesmo relativamente aos vários aspectos que se foram e vão sedimentando ao longo da sua vida – modo de identificar o *si* como ser em devir), ipseidade que completa e supera a simples e imediata *mesmidade* (modo de identificar o *si* como ser em acto) correlativa (Ribeiro, 2002). O autor alerta para o entendimento de que o modo de identificar o *si* pode associar-se “à *tomada de consciência, preconizada pela filosofia reflexiva com intuítos simultaneamente epistemológicos e éticos*” (em termos de auto-reconhecimento e de responsabilidade) tendo em vista a compreensão de si (*ibidem*, p:10). Nesta asserção em relação à perspectiva hermenêutica, Paul Ricœur situa-se na linha da filosofia reflexiva, permanecendo no domínio da fenomenologia husserliana, reclamando-se uma variante hermenêutica daquela fenomenologia, no sentido em que trata da reconstrução sucessiva e dialéctica dos processos de constituição da identidade do si e da relação intersubjectiva entre o si (*ipse*) e outrem (*alteridade*).

Deste modo, a hermenêutica de Ricœur é entendida como epistemologia e ontologia, uma tarefa consecutiva, objectivante, explicativa, dialéctica e crítica quanto ao sentido de si. Esta tarefa, diz-nos o autor supracitado, realiza-se “*em círculo hermenêutico – o círculo da explicação (momento epistemológico) e da compreensão (momento ontológico)*” (p.14). Estes são os propósitos hermenêutico-ontológicos da teoria interpretativa de Paul Ricœur, considerando como pressupostos a linguagem enquanto discurso e a escrita como decorrente da fala, sendo esta uma forma particular do discurso, e nesta medida o texto enquanto discurso sob a forma de inscrição torna possível conceber a teoria da interpretação como hermenêutica interpretativa orientada para textos (Ribeiro, 2002).

O acto de interpretar é entendido por Ricœur como a contrapartida do acto de escrever e a teoria interpretativa aparece em contraposição com a teoria do texto enquanto obra do discurso, pois “*diz respeito ao âmbito de atitudes que um leitor pode desenvolver quando confrontado com um texto*” (*ibidem*:95).

“*No princípio a compreensão é uma conjectura. No fim, satisfaz o conceito de apropriação que se descreveu no terceiro [segundo] ensaio como a resposta a uma espécie de distanciação associada à plena objectivação do texto. A explicação surgirá, pois, como a mediação entre dois estádios de compreensão.*” Partindo do movimento da compreensão para a explicação, Ribeiro (2002) considera que Ricœur afirma que a compreensão, por si só, começa por ser “*uma captação ingénua do sentido do texto enquanto um todo*”, sendo complementado com o “*movimento da explicação para a compreensão*” para o qual o recurso a “*procedimentos explicativos*” terá como

consequência “*um modo sofisticado de compreensão*” (Ribeiro, 2002:99). Neste sentido, a primeira atitude a ter perante uma primeira leitura do texto será formular uma **conjectura** (suposição ou hipótese), o mais válida possível, começando por produzir um discurso próprio. Deste modo, compreender não é apenas repetir o evento do discurso num evento semelhante, é gerar um novo conhecimento. Conjecturar e, então, dar início ao movimento dialéctico do compreender e do explicar, ou seja, é o processo de “*construir o sentido como o sentido verbal do texto*” (*ibidem*: 101). Depois de formuladas as conjecturas e dado que são formas falíveis de compreensão, devemos sujeitá-las a **métodos de validação** que constituem já uma modalidade da vertente explicativa da interpretação textual. Assim, as etapas a seguir no processo interpretativo, de acordo com Ribeiro (2002) são:

- a) **Tentar compreender o texto como um todo.** Trata-se de criar uma nova entidade, uma nova totalidade mais complexa, ou seja de “*um processo cumulativo e holístico*”, sendo que cada construção, cada conjectura depende da relação que for estabelecida reciprocamente entre o que é entendido como sendo um todo e o que é entendido como sendo as suas partes. “ [...] *a reconstrução da arquitectura do texto toma a forma de um processo circular, no sentido de que no reconhecimento das partes está implicada a pressuposição de uma espécie de todo. E, reciprocamente, é construindo os pormenores que construímos o todo.*” (Ribeiro, 2002:102);
- b) **Formular as conjecturas prováveis.** Consiste no processo de redução a conceitos, considerado a partir da sua unicidade e da sua singularidade, do texto, que pode ser abordado segundo as mais diversas perspectivas, sendo que “*a localização e individualização do texto único é também uma conjectura*” (Ribeiro, 2002:103);
- c) **Validação das conjecturas.** Os procedimentos de validação são distintos dos usados nas ciências naturais e têm a função de mostrar que determinada construção do investigador é a mais provável e objectiva, sem no entanto deixar de ser subjectiva. Esta validação corresponde ao “círculo hermenêutico”, ou seja, o processo “*virtuoso*” e “*progressivo*” que remete o investigador para o texto, no sentido de ajuizar criticamente a probabilidade de validade ou falsidade da conjectura bem como a procura de diversidade legítima na intersubjectividade. “*A lógica da validação permite-nos girar entre os dois limites do dogmatismo e do cepticismo. É sempre possível argumentar a favor de ou contra uma interpretação, confrontar interpretações, arbitrar entre elas e procurar um acordo, mesmo se tal acordo ficar para além do nosso alcance imediato*” (Ribeiro, 2002:105). Este é o movimento dialéctico que vai da compreensão como conjectura para a explicação como validação, ou seja o movimento entre o evento e o sentido.

De modo semelhante, pode inverter-se o movimento, indo da explicação para a compreensão, ou seja entre o sentido e a referência. Estes movimentos são de natureza epistemológica no processo interpretativo.

O processo de interpretação, na dialéctica da explicação e da compreensão, é acompanhado por dois fenómenos de natureza existencial, e que constituem a dimensão metodológica da teoria

interpretativa, que tornam possível e dão sentido à interpretação: a **distanciação** e a **apropriação** (Ribeiro, 2002).

A distanciação, entendida como afastamento, considera cada texto quanto à objectividade da sua significação, independentemente da intenção subjectiva do autor, como da situação histórica na qual e para a qual foi produzido. É com este pressuposto que Paul Ricœur considera a possibilidade de explicação de um texto, não anulando a distância entre o escritor e o leitor, mas tornando-a positiva e activamente produtiva em relação à mais profunda compreensão desse texto.

A apropriação constitui a contrapartida dialéctica da distanciação pela assimilação do sentido do texto que se expressa num novo discurso. *“Enquanto apropriação, a interpretação torna-se um acontecimento”*, torna próprio o que primeiramente era estranho. Este elemento corresponde, então ao **sentido** que o próprio texto comporta, ou seja, o que é compreensível e apropriável é o sentido do texto quanto ao seu *“genuíno poder referencial”*. *“Só a interpretação que obedece à injunção do texto, que segue a «flecha» do sentido e que tenta pensar em conformidade com ela, inicia uma nova auto compreensão.”* (Ribeiro, 2002:123).

Com este pano de fundo, que cruza as etapas propostas para a análise qualitativa de dados acima expostas, a análise por nós realizada culminou na construção de uma taxionomia de temas, que procura ilustrar o processo interpretativo dos discursos narrativos dos estudantes expressos nas suas narrativas reflexivas e metareflexões pelas categorias relativas a cada um deles, para a posterior análise e teorização compreensivas da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes construídos por esta via, e que ilustramos no quadro 9.

A construção desta taxionomia, sendo de natureza semi-indutiva, apoiou-se na emergência de conceitos dos textos de investigação, bem como em referenciais teóricos, nomeadamente Kim (2000) para a análise da natureza das situações significativas narradas; Dewey (1991), Flavel (1976; 2002), Johns (1995; 2004; 2005), Johns e Freshwater (2005), Paul e Elder (2001; 2002), Schön (1992) e Sá-Chaves (1991; 2002) para a análise dos níveis de pensamento expresso nas narrativas dos estudantes; Beck (1996), Beck e Alford (2000) e Beck, Freeman e Davies (2004) para a análise dos modos de resposta activados; Carper (1996), Schön (1992) e Sá-Chaves (1991; 2002) para a análise de aquisição e construção de conhecimento e o Conselho de Enfermagem (2003) da OE na análise de aquisição e desenvolvimento de competências. Os restantes temas foram construídos indutivamente, estando naturalmente presentes os referenciais teóricos do investigador.

Quadro 9. Taxionomia de temas e categorias conceptuais respectivas, decorrente da análise qualitativa dos textos de investigação

Temas	Categorias
Natureza das Situações Significativas narradas	Situações centradas no Cliente; Situações centradas na relação cliente-enfermeiro; Situações centradas na prática de Cuidados Situações centradas no ambiente de cuidados
Significados atribuídos às situações consideradas significativas narradas	Marcantes pela positiva Marcantes pela negativa Marcantes pela novidade Outros significados
Dificuldades expressas na selecção de situações significativas	Relacionadas com diversas situações passíveis de realizar uma reflexão Relacionadas com a dificuldade em eleger uma única situação Relacionadas com a vivência de diversos motivos de reflexão
Interação afectiva expressa com as situações significativas narradas: Tipos de Sentimentos	Perante a situação Após a análise da situação
Interação cognitiva expressa com as situações significativas narradas: Níveis de pensamento	Pensamento de senso comum Pensamento crítico Pensamento metacognitivo /reflexivo
Interação comportamental expressa com as situações significativas narradas: Formas de agir profissional	Deliberação de agir Realização de acções Razões para a acção Objectivos da acção realizada Recursos mobilizados para a realização da acção Factores que influenciaram a acção Avaliação das acções
Modos de Resposta Activados	Componente motora Componente fisiológica Componente cognitiva Componente emocional
Aquisição e Construção de Conhecimento	Conhecimento empírico Conhecimento ético – legal Conhecimento pessoal Conhecimento estético Conhecimento reflexivo
Aquisição e Desenvolvimento de Competências	Responsabilidade Prática segundo a ética Prática legal Prestação de cuidados Desenvolvimento profissional
Concepções acerca da reflexão	No início da narrativa No final da narrativa
Significados metanarrativos	Temas debatidos nas narrativas O mais relevante nas narrativas Aspectos positivos e negativos das narrativas Impacto pessoal da construção narrativa Apreciação pessoal quanto ao processo reflexivo Importância do guia orientador Sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo

2.4. PROCESSOS DE TRIANGULAÇÃO

A técnica comumente usada para melhorar a validade dos estudos qualitativos é a triangulação (Lessard-Hébert e Boutin, 1994; Burns, 2000; Yin, 2005). Burns (2000) define triangulação como “*uso de duas ou mais formas de colheita de dados no estudo de algum aspecto do comportamento humano*” (*ibidem*: 419) e Yin (2005) considera a triangulação o “*fundamento lógico para utilizar múltiplas fontes de evidências*” (p. 125), no sentido de se procurar uma explicação mais profunda, rica e complexa do comportamento humano, pelo seu estudo a partir de uma variedade de métodos, podendo ser combinados, em alguns casos, métodos qualitativos e quantitativos na recolha de dados. O uso de fontes múltiplas de evidências permite o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação (Yin, 2005). Deste modo, a confiança do investigador nos dados produzidos é mais consistente e fiável. Streubert e Carpenter (2002) e Yin (2005) descrevem quatro tipos de triangulação: i) dados, ii) investigadores, iii) teoria e iv) métodos, enquanto que Lessard-Hébert e Boutin (1994) consideram a triangulação a nível das técnicas e das inferências ou conclusões, sendo que estas podem ser realizadas por vários investigadores e investigador e indivíduos observados. Streubert e Carpenter (2002) consideram que “*a triangulação revela as várias dimensões de um fenómeno e ajuda a criar uma descrição mais rigorosa*” (p. 332).

A triangulação contribui então para a verificação e validação da análise qualitativa pelo controlo externo da consistência dos achados gerados pelos diferentes métodos de colheita de dados ou o controlo externo da consistência de diferentes fontes de dados com o mesmo método (Burns, 2000). Na investigação em educação, o autor refere o uso de três diferentes pontos de vista no processo de triangulação: a do professor, a dos estudantes e a de observadores participantes, salientando que a recolha e análise destes pontos de vista asseguram ao investigador o acesso a múltiplas realidades de um mesmo fenómeno em estudo.

A validade externa depende da identificação e descrição das características mais notórias do fenómeno em estudo e sua comparação com outros estudos similares (Burns, 2000), que ajuda a um aumento de compreensão e uma ilustração mais rigorosa do fenómeno (Streubert e Carpenter, 2002).

Na investigação qualitativa Pope, Ziebland e Mays (2000) referem que o recurso a mais que um analista pode melhorar a consistência da análise, no entanto referem também que a validade intersubjectiva na apropriação de um conceito é contestada, tratando-se principalmente de estudos cuja natureza contém muito da carga subjectiva do investigador.

Quanto às abordagens de investigação narrativa, Polkinghorne (2002) opina que a sua validade decorre dos significados serem bem situados nos dados textuais e suportados teoricamente. Considera ainda que os raciocínios argumentativos não produzem certezas, pelo que um argumento é válido quando é forte e tem a capacidade de resistir à mudança ou contra-argumentação, mantendo, no entanto, o seu final aberto a novas possibilidades. “*Um achado é*

significativo se ele é importante” (Polkinghorne, 2002: 176) e é válido se decorre de modo dependente dos dados.

Deste modo, a credibilidade deste tipo de abordagens investigativas baseia-se na descrição precisa de cada uma das partes do processo de investigação, a perspectiva aplicada ao fenómeno, a apresentação explícita das questões de investigação e procedimentos, bem como uma descrição cuidadosa da análise e conclusões que permitem a replicação do estudo.

Sjöström e Dahlgren (2002) consideram que do ponto de vista de validade nas análises qualitativas, *“encontrar as mesmas categorias depois de trabalhar com o mesmo material”* não é justificável, ou mesmo desejável, já que a actual identificação e descrição de categorias constituem a descoberta do estudo, e as descobertas não têm que ser replicáveis. Apontam, no entanto, que o processo de validação possa ser realizado pela *“concordância intersubjectiva”*, que poderá andar pelos 65 e 100% de concordância entre investigadores (Sjöström e Dahlgren, 2002: 342, citando Larsson, 1986).

Nesta investigação procurámos assegurar a validade em todas as fases do processo. Utilizamos processos de triangulação possíveis neste tipo de estudo: a triangulação de dados, colhendo dados em diferentes pontos temporais – narrativas reflexivas ao longo dos ensinamentos clínicos e metareflexões no final dos mesmos – e a triangulação de espaço, pela recolha de dados produzidos em diferentes áreas de ensino clínico; a triangulação de métodos, *dentro-do-método* (Streubert e Carpenter, 2002: 335), fazendo uso das perspectivas de investigação narrativa e fenomenográfica, perspectivas implementadas simultaneamente nos processos de recolha e análise de dados à qual foi associada a utilização dos princípios da hermenêutica interpretativa. Procuramos utilizar também a triangulação de teorias, nomeadamente teorias de aprendizagem e teorias da reflexão para a validade de uma compreensão mais profunda, completa e holística do processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes.

Os processos de triangulação usados permitem analisar e discutir os procedimentos de validade presentes neste estudo. A validade na produção de narrativas verídicas, pensamos ter sido assegurado pelos factores de mediação incluídos no estudo (supervisão clínica, matriz de referência e produção das narrativas enquanto elemento de avaliação), e as metareflexões produzidas pelos estudantes participantes foram previamente acordadas e definidas consensualmente com os estudantes, pelo que as unidades de análise definidas são reais, no sentido de serem contextualmente inscritas e temporalmente definidas. A unidade de análise *“metareflexões”* serviu um duplo objectivo: primeiro, enquanto texto de investigação, permitir aceder às percepções dos estudantes acerca do processo reflexivo realizado, e segundo, recolher dados acerca do processo reflexivo na perspectiva dos estudantes, no sentido da obtenção de um método de triangulação de diferentes perspectivas nos dados recolhidos, utilizando a triangulação temporal (Streubert e Carpenter, 2002), no sentido de recolher dados acerca do mesmo fenómeno em tempos distintos. Quanto aos procedimentos de análise, já descritos, estes evoluíram de acordo com as etapas propostas para a análise qualitativa de dados, tendo sido validados os primeiros temas emergentes com os próprios sujeitos participantes e posteriormente, no processo

de indexação realizámos a validação intersubjectiva com peritos nas temáticas respectivas, não com a preocupação de avaliar níveis de concordância, mas no sentido de os constructos serem consensualmente significativos. Utilizámos, ainda, o recurso a fontes teóricas no sentido de comparar e discutir os resultados à luz de investigações similares produzidas.

Por outro lado, assumimos a nossa posição de investigador com presença participante no processo, procurando que através de uma postura íntegra e honesta a informação produzida e os resultados sejam válidos e fidedignos, embora naturalmente embebidos daquilo que é a nossa subjectividade.

PARTE III **O CAMPO EMPÍRICO: PERCURSO ANALÍTICO E
INTERPRETATIVO**

NOTA INTRODUTÓRIA

Nesta parte do trabalho realizamos a apresentação dos resultados decorrentes da análise e interpretação das narrativas e metanarrativas produzidas pelos estudantes em ensino clínico, conforme a taxionomia construída e já apresentada em capítulo anterior.

Fazemos a apresentação dos resultados situando-os na perspectiva teórica que os sustenta e recorremos a quadros que, condensando-os, lhes dão melhor visibilidade. A análise e discussão são realizadas no contexto de cada um dos resultados sendo ilustradas por unidades de significação consideradas mais relevantes no processo de codificação realizado. Cada unidade de significação é identificada pela fonte de informação, que foi previamente codificada do seguinte modo: R, diz respeito à narrativa reflexiva; A, B, C...J, refere-se ao estudante que produziu a narrativa; e 1, 2...5, traduz a primeira até à quinta narrativa produzida por cada estudante. Deste modo, as unidades de significação são identificadas, por exemplo, por [RA1] que significa que a unidade de significação apresentada se refere à primeira narrativa reflexiva realizada pelo estudante A. Quanto às unidades de significação relativas às metanarrativas, são identificadas, por exemplo, por [MTA] que significa tratar-se da metanarrativa produzida pelo estudante A.

Apresentamos, também, gráficos, cujos dados resultam de matrizes de intersecção realizadas entre o tema axial ou categoria em análise e factores de natureza pessoal, contextual e de continuidade narrativa. Os dados referentes a estes gráficos encontram-se em apêndice, em tabelas correspondentes.

1. SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS DE CUIDADOS

Os estudantes durante a sua aprendizagem em contexto de ensino clínico experienciam diferentes situações de cuidados. No vasto leque de situações vividas, umas são mais significativas que outras, constituindo aquelas condição de interesse sentimental, social ou estético face a um determinado acontecimento (Dewey, 1991) e geram no estudante uma percepção própria dessa situação, habitualmente uma condição referida como geradora de desconforto pessoal (Silva, 2000a).

No sentido de percebermos o teor das situações vividas pelos estudantes como particularmente significativas nas suas práticas clínicas foram analisadas as suas narrativas considerando: i) a natureza dessas situações; ii) os significados pessoais acerca das situações narradas e iii) as dificuldades expressas pelos estudantes no processo de selecção dessas mesmas situações.

1.1. NATUREZA DAS SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS

No processo de codificação efectuada no campo das situações significativas expressas pelos estudantes, considerámos as áreas ou domínios nos quais ocorreram essas situações: o domínio

do cliente, o domínio da relação cliente-enfermeiro/estudante, o domínio da prática de cuidados e o domínio do ambiente de cuidados. Estes domínios conceptuais foram considerados a partir da proposta de Kim (2000) para a análise de situações da prática de cuidados de enfermagem.

No domínio do cliente estão classificados os fenómenos por ele apresentados, sejam os aspectos considerados essenciais (da essência do próprio cliente) ou os aspectos problemáticos – problemas e experiências de saúde-doença, como são os aspectos que acontecem com o cliente e que ele apresenta.

No domínio da relação cliente-enfermeiro, englobamos os fenómenos que ocorrem no encontro directo entre o cliente e o enfermeiro, sejam a comunicação com cliente; a interacção afectiva ou o envolvimento emocional/confronto existencial que esta relação provoca nos estudantes.

O domínio da prática de cuidados refere-se a tudo o que os enfermeiros, neste caso os estudantes, fazem ou referem fazer em “*nome da enfermagem*”. Constituem fenómenos particulares ao enfermeiro que está envolvido no trabalho de enfermagem e que podem envolver aspectos cognitivos, comportamentais e sociais das acções realizadas pelo enfermeiro, numa dada situação (Kim, 2000:45).

O domínio do ambiente de cuidados é uma parte essencial da existência humana. É “*a entidade que existe exterior à pessoa*”. O funcionamento e desenvolvimento pessoal são parcialmente afectados e determinados pela natureza do ambiente no qual a pessoa se encontra ou se posiciona a si mesma. O ambiente é uma entidade complexa, inclui as características: espacial, temporal, e qualitativo, sendo composto pelos componentes *físico, social e simbólico*. O ambiente refere-se ao mundo externo que rodeia o cliente bem como as formas do contexto no qual ocorrem os intercâmbios cliente-enfermeiro e a prática de enfermagem (Kim, 2000:46).

Como podemos visualizar no quadro 10, as situações experienciadas como significativas pelos estudantes organizam-se nos quatro domínios referidos.

Quadro 10. Situações significativas experienciadas pelos estudantes

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS	
Centradas no Cliente	Expressões Emocionais Problemas Físico / Corporais Outras "marcas situacionais"
Centradas na Relação Cliente-Enfermeiro	Comunicação Interacção afectiva Confronto existencial / Envolvimento emocional
Centradas na Prática de Cuidados	Oportunidade de execução Percepção de limites de autonomia Delimitação de competências Execução "forçada" Percepção de incompetência
Centradas no Ambiente dos Cuidados	Envolvimento de familiares Ambiente social hostil Ausência de clientes no serviço

Foram inferidos, pela análise da informação, as *Expressões Emocionais, Problemas Físico / Corporais* e *Outras "marcas situacionais"* na expressão de situações significativas centradas no

cliente; e a *Comunicação, Interação afectiva e Confronto existencial / Envolvimento emocional* do estudante na sua relação com o cliente, nas situações significativas centradas na relação cliente-enfermeiro.

Nas situações significativas centradas na prática de cuidados a *Oportunidade de execução, a Percepção de limites de autonomia, a Delimitação de competências, a Execução "forçada" e a Percepção de incompetência* inferiram-se como os aspectos significativos na experiência subjectiva do estudante nestas situações.

O Ambiente de Cuidados revelou-se um domínio no qual o estudante vive também situações significativas, nomeadamente no que se refere ao *Envolvimento de familiares, ao Ambiente social hostil e à Ausência de clientes no serviço*.

Situações Significativas centradas no Cliente

No âmbito das situações significativas centradas no cliente emergiram aspectos relativos à dimensão emocional do cliente, aspectos estes com maior expressividade nos discursos narrativos dos estudantes.

Expressões Emocionais

A dimensão emocional do cliente constituiu para estes estudantes uma área experiencial relevante e marcante nas suas vivências em contexto de práticas clínicas. São as expressões emocionais do cliente, que consideramos referirem-se a manifestações de perturbação emotiva, considerando como emoção *"a combinação de um processo avaliatório mental, simples ou complexo, com respostas disposicionais a esse processo, na sua maioria dirigidas ao corpo propriamente dito, resultando num estado emocional do corpo, mas também dirigidas ao próprio cérebro, resultando em alterações mentais adicionais"* (Damásio, 2001:159). Classificámos estas alterações, considerando as expressões narrativas analisadas, em *Alteração de humor, Tristeza, Sofrimento, Apreensão, Ansiedade e Outras expressões emocionais*, como apresentamos no quadro 11.

A alteração do humor é talvez a expressão emocional mais frequente nas pessoas que frequentam os serviços de saúde, pois decorre de uma mudança no estado de saúde do cliente, da mudança nos padrões e hábitos de vida decorrentes da situação de hospitalização, da perda de controlo e de um elevado nível de incerteza face ao futuro, situações estas que fazem emergir o que de mais frágil existe no ser humano, sendo o choro uma das expressões de emotividade presente nos clientes e ou acompanhantes e visitantes.

Quadro 11. Situações significativas centradas no cliente: expressões emocionais

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS CENTRADAS NO CLIENTE		
Expressões Emocionais	Alteração de humor	Alteração do humor do cliente Alteração do humor da mãe Alteração do humor de mãe ao visitar a filha Alteração do humor de idosos
	Tristeza	Puérpera jovem, triste por gravidez não desejada e sem apoio do pai da criança Tristeza de idosos pela morte de cônjuge há vários anos Humor triste de cliente
	Sofrimento	Sofrimento de grávida após resultado de ecografia Verbalização de desejo de morrer Sofrimento de parturiente por estar sozinha
	Apreensão	Medo de agulhas Receio de um pai tocar no filho recém-nascido Mãe múltipara não querer dar banho à filha Recém-nascida
	Ansiedade	Ansiedade e insegurança de mãe de bebé prematuro na realização de cuidados na presença do marido Ansiedade de um doente que vai ser submetido a cirurgia
	Outras expressões emocionais	Choro e agressividade de criança hospitalizada após a ausência da mãe Mãe que nega a doença do filho

Neste quadro de situações significativas, expressa um estudante:

“No início do turno dirigi-me juntamente com a enfermeira à UICD, onde deparámos com uma mãe e o seu filho a brincar alegremente. Apresentei-me, e fiquei um pouco a ler o processo. Passada algum tempo o menino adormeceu, e qual não foi o meu espanto ao dar com a sua mãe a chorar. Inesperadamente, a Sra. que há poucos instantes permanecia bem-disposta, deixava agora cair algumas lágrimas. Houve em mim um sentimento de contrariedade no que remete para o estado emocional da Sra., assim como também a sensação de confusão pois de um momento para outro não encontrei justificação para a mudança de sentimentos, ou pelo menos para a manifestação.” [RA2]

Outro estudante refere:

(...) “A mãe desta doente veio ao serviço e verificando a apatia da sua filha, fez-me várias perguntas sobre ela e o seu estado. Procurou comunicar com a filha mas não conseguiu, ela acabou mesmo por dizer “o filha nem comigo falas, fala com a mãe!” A mãe ao ver a sua filha assim, começa a chorar mesmo à minha frente, eu tentei dar o maior apoio psicológico à mãe mas mesmo assim continuou a chorar mas pouco depois parou e chegou a enfermeira que também a apoiou e abraçou. Para os pais é muito difícil verem os seus filhos internados e ainda para mais a sofrerem. Eu compreendo perfeitamente o comportamento daquela mãe. Não estava era à espera que chorasse mesmo ao pé de mim. Para mim foi um pouco difícil reagir a esta situação, porque nunca me aconteceu nada do género,” (...) [RD1]

Nas duas situações narradas salienta-se o facto de a situação de choro do cliente produzir no estudante perplexidade, por um lado, e por outro, também alguma angústia por não saber como lidar com a situação. Embora no período destinado à sua formação teórica estes aspectos sejam trabalhados em sala de aula, sendo alertados para a possibilidade da sua ocorrência e quais os aspectos a considerar na intervenção ajustada, a verdade é que perante a situação concreta o

estudante experimenta dificuldades, seja porque não está à espera, seja porque não sabe como actuar.

A tristeza é outro estado emocional muito presente nos nossos clientes, seja pela sua condição de saúde, seja pela condição de vida, bem como o sofrimento e manifestações de ansiedade. Os estudantes no confronto com este tipo de situações, apresentam narrativas em que é notório a tristeza e ou o sofrimento do cliente e perante os quais têm poucas respostas ou muitas questões. Um estudante narra o seguinte:

“De forma cuidadosa, comecei por questionar como se estava a sentir com aquela linda menina nos braços. Ao que ela simplesmente respondeu “bem”, em tom baixo e um pouco inibido. Enquanto isto ela olhava a bebé que entretanto já estava a mamar. Continuei a fazer algumas perguntas, sempre de forma cautelosa e com todo o respeito perante a situação em concreto. Vim a descobrir que aquela gravidez não havia sido planeada, e que o pai da criança não aceitou bem aquela nova condição, não tendo mostrado interesse por acompanhar a X ao longo da gravidez nem no momento do parto, tentando mesmo descartar-se das suas responsabilidades. No que diz respeito aos seus pais, estes também não aceitaram bem a inesperada gravidez, mostrando-se a jovem apreensiva relativamente à sua reacção, agora que a pequena Alice [nome igualmente fictício] tinha nascido. Para além da falta de apoio a nível familiar, esta jovem havia deixado de estudar há algum tempo, e estava de momento desempregada. Eu estava diante uma situação complexa, sem dúvida.”[RE3]

É evidente neste excerto que o estudante tem consciência da delicadeza e complexidade da situação, o que justifica e exige a atitude “cautelosa” e o “respeito” pela situação, como expressa o estudante na sua narrativa.

Os estudantes E e J nas suas quartas narrativas reflexivas, e ainda no âmbito das expressões emocionais do cliente, como situações experienciadas pelo estudante enquanto significativas, relatam o seguinte:

“Durante os momentos em que estive a conversar com a D. X, na verdade o que mais me tocou foi o facto de ela verbalizar que já não estava “cá” a fazer nada, que cada vez lhe custava mais caminhar, que já não servia para nada, não tem o seu marido, e já não era necessária aos filhos... “mais valia morrer!”. Perante este desabafo, fiquei triste, mesmo angustiada se assim se pode dizer, e sem fazer a mínima ideia do que lhe iria responder. Sentia-me impotente perante a situação (...)”[RE4].

“O senhor abriu os olhos até não poder mais, fitou-me com o olhar como se me quisesse sugar tudo...de tal forma que me sentia invadida...cravou as suas mãos firmes na minha mão e com um tom de voz trémulo disse-me: “Preferia morrer!”. Não sei...mas naquele momento submeti-me ao silêncio, senti-me reduzida a cinza, perante a intensidade da chama de desespero que emergia da profundidade daquele ser humano. Uma tristeza imensa, confinada a uma vontade incomensurável de pôr termo à vida! Que dor seria aquela que vinha das profundezas e insistia em fazer-se conhecer através daqueles olhos?”[RJ4].

O confronto do estudante com expressões do cliente do tipo “mais valia morrer”, “preferia morrer” tocam-no profundamente, colocam-no na situação limite da existência humana, gerando perplexidades, tristeza e sentimento de impotência perante tais situações.

A apreensão dos clientes torna-se mais evidente em situações cujo desconhecido e incerto se apresentam nas suas vidas. Em situação de doença, principalmente associada à necessidade de intervenção cirúrgica, ou à necessidade de realizar procedimentos “não familiares”, não familiares no sentido de serem procedimentos não presentes no quotidiano das funções cuidativas no seio da família, constituem motivos de preocupação antecipatória. Estas situações e outras similares constituem também experiências significativas para o estudante, que as narram do seguinte modo:

“De todos os acontecimentos que vivi nestes dias, o que mais me marcou foi o receio de um pai em tocar na filha, recusando-se mesmo a pegá-la em seu colo, referindo ainda que tal só aconteceria quando a menina atingisse mais de 1 mês de idade. Foi uma situação que me suscitou interesse pelo facto de nunca ter imaginado um pai com um comportamento desta natureza, e por saber como é importante o toque entre as pessoas para o fortalecimento de uma relação, sobretudo quando se trata de pai e filho desde sempre!” [RA1].

(...) “Fiquei sem saber como agir perante aquela situação, o seu medo por agulhas era imenso e só o facto de pensar que a iam picar, deixava-a muito nervosa.” [R13].

(...) “Estava, então, apto para ir para casa (o recém-nascido) e tinha alta prevista para o dia seguinte caso se entendesse que a mãe havia adquirido as competências necessárias para cuidar do seu bebé. Neste momento esta mãe procurava acompanhar o filho, estando sempre presente à hora das manipulações. Já havia sido integrada no modelo de parceria de cuidados há alguns dias, pelo que sabia realizar os diversos procedimentos que o Luís necessitava. Ela era bastante carinhosa com o seu bebé, tinha vontade de participar na prestação dos cuidados mas mantinha um elevado grau de ansiedade e insegurança.” [RE5].

Nestas narrativas constatamos que, embora o tipo de situação com a qual o estudante é confrontado não tenha a complexidade e dramatismo das anteriores, não deixam de ser significativas, seja pela novidade da situação, seja por, mais uma vez, o estudante se deparar com a fronteira do seu não saber. Estes aspectos são marcantes na actividade experiencial do estudante, pois toda a acção humana se direcciona para o equilíbrio entre o que faz e o que sabe fazer, sendo necessário que os estudantes e os enfermeiros acumulem exemplos das suas capacidades, bem como descrevam o contexto, os significados, as características e os resultados do seu saber que lhes permita pôr em evidência o seu conhecimento clínico (Benner, 2001).

Problemas Físico – Corporais

Além das situações significativas centradas no cliente e relacionadas com as expressões emocionais, os *Problemas Físico / Corporais*, entendidos como dificuldades experimentadas pelo cliente a nível da função de órgãos e aparelhos, alterações na *integridade cutânea* provocadas por feridas e úlceras e a dor, enquanto manifestação de problemas emergiram como situações significativas para o estudante centradas no cliente.

O quadro 12 apresenta os *Problemas Físico / Corporais* do cliente percebidos como significativos pelos estudantes.

Quadro 12. Situações significativas centradas no cliente: problemas físico / corporais

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS CENTRADAS NO CLIENTE		
Problemas Físico / Corporais	Funcionais	Paragem cardiorrespiratória Dificuldade em levar os alimentos à boca Dificuldade em expelir secreções Deambulação dependente
	Integridade cutânea	Ferida pós amputação de dedo do pé com exsudado e cheiro intenso Úlcera de pressão de grandes dimensões na região sacrococcígea Ferida de dimensões "assustadoras"
	Dor	Manifestação de dor durante punção venosa Idosa com lombalgia dorsal

Estes incluem problemas de natureza funcional do cliente, nomeadamente a *paragem cardiorrespiratória*, a *dificuldade em levar os alimentos à boca*, a *dificuldade em expelir secreções* e a *deambulação dependente*.

Entre as várias situações consideradas significativas para os estudantes, a dificuldade de um cliente em levar os alimentos à boca constituiu também uma experiência significativa para um estudante, que expressa numa das suas narrativas:

“ (...) Comecei por uma senhora, a Sra. X, que até então lhe era servida a refeição por mão de um enfermeiro ou por algum dos meus colegas. Então, após algum tempo de diálogo com a minha colega que estava presente no mesmo quarto, acerca da senhora, e após uma breve conversa com esta, questionei-a sobre o aspecto dela comer por mão própria. A Sra. X respondeu logo que não queria, porque até esse momento sempre lhe tinham fornecido os alimentos à boca, e que tinha receio de não conseguir. Gerou-se em mim um sentimento de indignação, uma vez que a senhora manifestava algum receio e acima de tudo porque ela referia que não queria ocupar o nosso tempo, porque não “valeria a pena”. Mas perante o que ouvi, a minha indignação fez-me intervir no sentido de mostrar à senhora que o nosso tempo é para ocupar com os doentes, e que ela não necessitaria de ter medo, uma vez que eu estava junto dela e se após ela tentar, se não conseguisse eu a auxiliaria.”[RA4].

Perante uma situação como esta, tão frequente nos idosos hospitalizados ou institucionalizados e em que, como deixa antever a estudante, é mais fácil, porque mais rápido, para alguns profissionais oferecer os alimentos à boca, gerando nos clientes comportamentos e atitudes de passividade face ao desenvolvimento da sua autonomia e independência na satisfação das suas necessidades, a estudante manifesta a sua *indignação* perante este conformismo e age no sentido de estimular a independência do cliente. Nesta situação, encontra-se a determinação do estudante em favorecer um melhor controlo do cliente sobre si próprio, que, como refere Benner (2001), constitui uma competência específica do enfermeiro na sua função de ajuda ao cliente, ou seja *“otimizar a participação do doente para que ele controle a sua própria recuperação”* (p. 85).

Outras situações, como a *dificuldade em expelir secreções* ou a *deambulação dependente*, são evidenciadas como experiências significativas no processo de cuidados, podendo ser

geradoras de grande inquietação e perplexidade nos estudantes, como nos mostra a seguinte narrativa:

“Após a nebulização iniciei os cuidados de higiene, com a ajuda de um colega. Era a primeira vez que estava realizar uma higiene no leito sem ter como ajudante um enfermeiro. Estava um pouco receosa... e este receio aumentou ainda mais quando me apercebi que à medida que mobilizávamos o senhor para a prestação dos cuidados se ouvia um ruído de fundo estranho que me fazia alguma confusão. Era o barulho das incessantes tentativas que o senhor fazia para expelir secreções, sem sucesso. O senhor tinha acessos de tosse, mas que por não ser produtiva o deixavam quase que “tapado”. À medida que tossia as secreções mobilizavam-se um pouco e ficavam nas vias aéreas e o senhor ficava cianosado. Logo no início dos cuidados de higiene o utente teve mais um acesso de tosse, ainda nem lhe havíamos tocado, estávamos só a preparar as coisas. Parei por breves momentos... A crise de tosse não terá durado mais do que breves segundos, no entanto para mim foram uns segundos muito longos e de certa forma enervantes e inquietantes. Eu fiquei ali parada a olhar para o senhor enquanto este “lutava” para tentar libertar todas aquelas secreções. Eu não fiz nada, fiquei sem reacção, por breves momentos penso que bloqueei perante tamanho aparato.” [RB5].

Os problemas dos clientes são percebidos como experiências significativas para o estudante, não só pelo problema do cliente em si mesmo, mas também pelo impacto que esses problemas geram nos estudantes. Neste estudo, são narrados problemas relativos a alterações na integridade cutânea por feridas ou úlceras de pressão, que pelas suas dimensões, aspecto e cheiro, produzem respostas nos estudantes geradoras de grande sofrimento pessoal e mal-estar fisiológico pela forte sobrecarga sensorial que tais problemas comportam para os cuidadores. Trata-se daquilo que Burnard (1995) refere como sendo as experiências do corpo intimamente relacionadas com o estado e resposta psicológica subsequente. Neste contexto, uma estudante refere:

“Esta senhora tem uma úlcera de pressão de grau IV na região sacrococcígea, e uma de grau III no trocanter esquerdo. (...) Tem também umas dimensões assustadoras tanto em diâmetro como em profundidade pois a minha mão cabe lá dentro. (...) Eu comecei a tirar a placa de allevyn e quando a tirei toda, passaram-me muitas coisas pela mente, pensei em sair dali a correr o mais rápido que pudesse pois todos os meus sentidos estavam a mandar-me informações novas e horríveis, das quais pensava não suportar. (...) Analisava inconscientemente várias características da úlcera e não sabia qual era a pior. Achei que aquela ferida tinha um aspecto horrível pois só se via exsudado amarelo e esverdeado, o aspecto dos tecidos era terrível, achei que o cheiro era horrível, achei que não ia conseguir fazer o penso, e mais grave que tudo, achei que iria ser uma má enfermeira.” [RC5].

Neste discurso é notório o profundo desconforto experimentado pela estudante em presença daquele problema e o seu sofrimento por, face à sobrecarga sensorial a que estava a ser sujeita e que não conseguia controlar, pensar que poderia vir a *ser uma má enfermeira*.

A dor experimentada pelos clientes em situação de cuidados é também um fenómeno experiencial significativo para os estudantes, que perante tal acontecimento se sentem perturbados e em algumas circunstâncias constroem representações penosas e dramáticas diante das manifestações de dor dos clientes. Neste âmbito, um estudante refere:

“Enquanto a enfermeira tentava realizar o procedimento, eu observei atentamente a sua técnica, a sua atitude, o modo como interagiu com a D. R. Apesar de ter sido realizado com verdadeiro profissionalismo, o procedimento não poderia deixar de ser doloroso para a doente. Observei o seu fâcies, que permanecia inalterado, bem como o seu corpo, procurando algum gesto ou outro modo de expressão que transmitisse a sua dor. Questionei-me como seria possível que perante um procedimento invasivo e doloroso (dada a sua dificuldade de realização) a D. R. pudesse permanecer indiferente e apática se estava consciente. Foi então que, de súbito, observei uma lágrima a cair pelo seu rosto pálido e inexpressivo. A dor daquela doente foi por mim testemunhada, dissipando quaisquer dúvidas que pudesse ter quanto ao sofrimento da D.R. Aquele contexto perturbou-me: um ser humano vivo e consciente, mas apático e sem expressão, perdido nas mãos que manipulam o seu corpo vezes sem fim, aumentando exponencialmente a dor já incitada por uma situação de dependência... É esta a imagem que permanece, apesar de estar plenamente consciente de que são necessárias intervenções invasivas (por vezes dolorosas) para o tratamento dos doentes.” [RG1].

Outras Marcas Situacionais

Além das situações vividas como significativas para o estudante no contexto das práticas de cuidados, foram identificadas “outras marcas situacionais” centradas no cliente, nomeadamente o confronto do estudante com a *morte, a gravidez na adolescência com problemas de parentalidade, a valorização versus desvalorização do cuidado* prestado pela “expressão de agradecimento” do cliente ou por ignorar a sua intervenção e ainda situações em que os pais estão ausentes na hospitalização do filho, como sumariado no quadro 13.

Quadro 13. Situações significativas centradas no cliente: outras “marcas situacionais”

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS CENTRADAS NO CLIENTE		
Outras "marcas situacionais"	Morte	Morte de Cliente Doente oncológico em fase terminal
	Gravidez na adolescência/ problema de parentalidade	Gravidez na adolescência com paternidade não assumida
	Valorização / Desvalorização do cuidado	Expressão de agradecimento Desvalorização do cuidado
	Ausência dos pais na hospitalização do filho	

Um estudante expressa de modo exemplar o modo como pode ser percebida a sua intervenção pelos clientes, neste caso, enquanto desvalorização do seu cuidado.

“Bem, eu e a criança deslocamo-nos nos à balança e eu pedi à menina para que subisse para a mesma, coloquei o peso que a mãe me disse mas rapidamente vi que este não era o peso correcto, fui acrescentando quilo após quilo até chegar ao peso exacto 75 kg. (...) fiz questão de explicar à mãe, mas esta não me deu qualquer abertura para que lhe explicasse quais os problemas que a filha poderia vir a ter. (...) Prontamente olhou para mim um pouco com cara de desconfiada, (a mãe) como se eu lhe estivesse a mentir em relação ao peso da filha, virou-se para mim e disse “Olhe eu vim cá por ela estar com dores de barriga e de cabeça e não porque ela está ou não gorda, se fosse por causa disso ia a um nutricionista”. [R11].

O confronto com situações desta natureza, *desvalorização do cuidado* expresso pelo cliente, coloca o estudante numa situação de desconforto que pode gerar comportamentos disposicionais

inibitórios, como nos refere Damásio (2001) na classificação de emoções e comportamentos, pela descrença no real valor dos seus cuidados, com repercussões, se não resolvidas em tempo útil, na sua prática futura.

Situações Significativas centradas na Relação cliente-enfermeiro

A análise das narrativas permitiu identificar o domínio da relação cliente-enfermeiro como uma área na qual ocorrem situações consideradas significativas para o estudante.

A relação cliente-enfermeiro pode ser do tipo contacto, comunicação e interacção (Kim, 2000), sendo que contacto se refere a ocasiões nas quais há transferência ou troca de informação, energia e ocorre afecto/humanidade, incluindo o “*carácter envolvimento, proximidade física e ocupação de espaço dos participantes*” (Kim, 2000: 104), comunicação relaciona-se com a obtenção ou a provisão de informação aos clientes, bem como a partilha de informações e sentimentos entre clientes e enfermeiros, envolvendo o uso da linguagem ou outros símbolos. Os fenómenos de interacção consideram a perspectiva do cliente e do enfermeiro enquanto agentes sociais que assumem o seu respectivo papel na situação de prática de cuidados.

Neste âmbito, as situações significativas para os estudantes enquadram-se na comunicação com o cliente, na interacção de natureza afectiva e no confronto existencial/envolvimento emocional experimentado pelo estudante durante o processo de relação com o cliente, como explicitado no quadro 14.

Quadro 14. Situações significativas centradas na relação cliente-enfermeiro

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS CENTRADAS NA RELAÇÃO CLIENTE - ENFERMEIRO	
Comunicação	Não Comunicação com cliente em estado crítico (despersonalização?) Dificuldade na obtenção de resposta
Interacção afectiva	
Confronto existencial / Envolvimento emocional	

O fenómeno comunicação é significativo para o estudante em duas dimensões específicas: a não comunicação de outros profissionais com o cliente em estado crítico, perante a qual o estudante decide intervir, comunicando ele a presença de outros profissionais ao cliente; e a situação de dificuldade na obtenção de resposta por parte do cliente, quando abordado pelo estudante.

A interacção afectiva está presente enquanto situação significativa para o estudante quando este experiencia partilha/troca de afectividade com o cliente enquanto agente social e o confronto existencial/envolvimento emocional pretende retratar situações significativas nas quais o estudante se confronta consigo próprio em termos vitais e de existência como pessoa, bem como o envolvimento emocional com o cliente que daí resulta.

Comunicação

Ilustrando este domínio de situações significativas, um estudante narra:

“Mas o facto de eu estar a falar e não obter qualquer resposta era uma situação que me atrapalhava um pouco. Apesar disso mantive a mesma atitude. Eu preparava-me para proceder aos cuidados de higiene oral quando entraram dois médicos no quarto com a finalidade de observarem aquele doente. Apenas me cumprimentaram a mim. Eu parei o que estava a fazer e deixei-os à vontade para observarem o Sr. José, poderia continuar o procedimento mais tarde. (...). Durante todo o tempo em que eles examinavam o Sr. X, não lhe dirigiram uma única palavra. Eu decidi tomar a iniciativa de dizer qualquer coisa àquele homem que era simplesmente a razão de estarmos ali. Peguei-lhe na mão, chamei-o pelo nome, e expliquei-lhe por breves palavras que estavam ali os doutores para o observarem.” [RE2].

E outro refere:

“Apesar de saber que existia uma dificuldade acentuada da expressão da linguagem, tentei desde logo, estabelecer uma relação com a M., dizendo-lhe olá e pedindo-lhe que falasse comigo mas tal não sucedeu plenamente, o que me deixou um pouco desconfortável e desanimada.” [RF3].

Interacção afectiva

Quanto à interacção afectiva presente nos cuidados, um estudante explica:

(...) “peguei-lhe na mão e comecei por perguntar como é que ela se sentia, se estava bem disposta... A partir daí desenvolvi uma conversa informal, na qual a D. X me foi falando da sua vida, do seu dia-a-dia, dos seus hábitos, da sua família, ou seja, de tudo um pouco.

(...)

Ao longo de toda a conversa, poucos foram os momentos em que lhe larguei a mão, a maioria deles porque necessitava de realizar qualquer apontamento, mas logo de seguida voltava a tocá-la qualquer apontamento, mas logo de seguida voltava a tocá-la. Senti que este contacto físico era extremamente importante. A conversa foi longa, (...) No fim, a Sra. X estendeu os braços para me abraçar... Aproximei-me dela, deixei que ela me abraçasse e que me desse também 2 ou 3 beijos no rosto.” [RE1].

Confronto existencial

Relativamente ao *confronto existencial*, um estudante relata:

“A Sra. M enquanto contava este episódio estava em lágrimas (...) E no final quando a história acabou e ela se virou para mim e disse: “a menina, esta história toca-lhe? Vejo que sim, vejo que ficou afectada.” E aí acho que o que me apetecia era dizer que sim, que tinha muito medo que acontecesse comigo, que não sabia como ia reagir se fosse comigo. No final já não podia mais, estava ali de olhos colados nos olhos molhados e tristes da Sra. M, o meu coração batia cada vez mais depressa e minha vontade era agarrar a senhora e dizer-lhe que agora ia ficar tudo bem, fazê-la sentir que tinha ali alguém ao seu lado.” [RB2].

São excertos narrativos que traduzem o carácter comunicativo e de interacção com o cliente em diferentes perspectivas, sendo de salientar a primeira expressão narrativa na qual o estudante perante a presença de outros profissionais que ignoram o cliente age com consciência ética e preocupação profundamente humanista na relação comunicativa com o cliente.

Na nossa perspectiva, estas situações consideradas significativas para os estudantes retratam a sua consciência acerca da importância e valor da sua presença junto dos clientes, ilustrando a

utilidade do toque, a disponibilidade para ouvir, o envolvimento e a comunicação, mesmo de natureza funcional. Trata-se de situações significativas que retratam “A presença: Estar com o doente” enquanto competência no domínio da função de ajuda, identificada por Benner (2001) na sua investigação em torno das competências profissionais do enfermeiro.

Situações Significativas Centradas na Prática de Cuidados

A prática de cuidados constituiu também um domínio no qual os estudantes experienciaram situações significativas. A prática de cuidados refere-se ao que os enfermeiros fazem em "*nome da enfermagem*", sendo que envolve fenómenos particulares ao estudante e profissional que está envolvido no trabalho de enfermagem (Kim, 2000: 45). Na terminologia mais comum, a prática de cuidados refere-se a coisas diferentes, sendo muitas vezes usada de modo indistinto como "*habilidades de enfermagem*", "*prática clínica*" ou simplesmente "*enfermagem*" (Kim, 2000: 128). Kim (2000) cita Benner (1984) que considera prática de cuidados numa perspectiva fenomenológica, ou seja, prática enquanto experiência subjectiva em situações clínicas, tendo significados idiossincráticos e significância contextual (Kim, 2000). Por outro lado, na perspectiva de Agyris e Schön (1984), citados por Kim (2000), a prática profissional é vista como uma sequência de acções realizadas por uma pessoa para servir outros que são considerados clientes. Neste sentido, o termo "*prática*" consiste em características, como: i) fenómeno mais amplo que acção mas que o inclui e a sua conceptualização é baseada num conjunto de assumpções; ii) pressupõe a presença de uma imagem mental daquilo que será necessário fazer, assumindo-se que a imagem mental, o entendimento cognitivo ou o conhecimento precedem a acção; iii) a prática é específica à situação; iv) a prática é social, pois pertence a acções associadas ao ser agente social e v) a prática é ética e moralmente preenchida, enquanto aspecto de vida do agente humano (Kim, 2000:129). Neste sentido, a autora defende que a prática de cuidados é geralmente aceite enquanto conjunto de actividades realizadas pela enfermeira (enquanto agente) para o bem do cliente em situações específicas, envolvendo o conhecimento de como chegar a bons resultados de enfermagem, o conhecimento do que é bom para o cliente e a *performance* na prescrição de acções em situações concretas.

Nesta investigação, ocorreram como situações significativas para o estudante, no âmbito da prática de cuidados, aspectos ligados à acção propriamente dita, bem como ao conhecimento inerente à acção. Assim, a oportunidade de execução de novos procedimentos ou a realização de procedimentos especializados, a percepção de limites de autonomia, bem como as questões relativas à delegação de competência, expressa na categoria delimitação de competências e ainda situações em que o estudante se vê “forçado”, pela sua condição de estagiário, a realizar procedimentos invasivos a clientes em fase de final de vida e ainda a percepção de incompetência, pelo seu não saber como agir, perante uma determinada situação, constituíram situações significativas para o estudante (quadro 15).

Quadro 15. Situações significativas centradas na prática de cuidados

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS CENTRADAS NA PRÁTICA DE CUIDADOS	
Oportunidade de execução	Novos procedimentos Realização de procedimento especializado
Percepção de limites de autonomia	
Delimitação de competências	Administração de insulina por auxiliares
Execução "forçada"	Realização de procedimentos invasivos em cliente em fase final de vida
Percepção de incompetência	Criança com história de convulsões - percepção de incompetência pessoal

Neste contexto, alguns excertos de narrativas ilustram algumas das situações consideradas significativas pelos estudantes:

“A princípio quando a enfermeira me deu a informação que havia aquele procedimento para fazer, eu nem sabia muito bem o que era, uma vez nunca ter realizado aquele procedimento e parecia-me nunca ter ouvido falar nele.” [RC4].

“Nesta situação específica em que contactei com o Sr. A fui capaz de estabelecer com ele uma certa empatia, mas como ele não havia ainda sido esclarecido sobre algumas das formas de adaptação à sua nova realidade pessoal, não me senti com autonomia suficiente para poder realizar quaisquer ensinamentos ou esclarecimentos. Limitei-me a dar-lhe a minha mão que apertou de imediato, dirigindo-me ao mesmo tempo um olhar apelativo e nitidamente repleto de palavras por dizer.” [RG2].

*“Na presença daquele corpo débil acorrentado àquela cama, surgiu o querer dos médicos na realização de procedimentos invasivos, da nossa competência enquanto enfermeiros, considerando eles, impreterível a sua realização. (...) deparei-me a realizar colheita de sangue em veias danificadas, rodeadas de equimoses e hematomas que impediam a sua visualização, a colocar uma sonda vesical num meato completamente necrosado...num senhor que apenas os sons e movimentos respiratórios me sussurravam a certeza de que aquele ser estaria vivo! (...)
Do quarto, saí conjuntamente com a enfermeira. Minutos depois aquele senhor acabara por falecer!” [RJ5].*

Nestes três excertos é evidente a ocorrência de significância perante a situação de execução de um procedimento, novo para o estudante em termos de execução, parecendo-lhe mesmo “nunca ter ouvido falar nele” (RC4); a percepção de que não possui “autonomia suficiente” para dar a resposta que o estudante entende que o cliente precisa (RG2); a execução, que designamos “forçada”, pois que decorre de prescrição médica e o estudante pela sua condição de estagiário não refuta ou coloca em causa, em situação, as questões de natureza ética que tal situação encerra (RJ5). São aspectos da prática de cuidados que envolvem as dimensões conhecimento, ética e autonomia do estudante que o colocam em situação de provável aprendizagem, pois que as seleccionam para a construção da narrativa reflexiva.

Situações Significativas Centradas no Ambiente de Cuidados

O ambiente de cuidados de saúde envolve tudo o que cerca o cliente e apresenta características espaciais, temporais e qualitativas específicas, mesmo quando o cuidado de saúde é prestado em casa do cliente. O ambiente espacial define a proximidade dos elementos espaciais em relação à pessoa que é cuidada, o ambiente temporal compreende os aspectos do ambiente relativos à duração - continuamente, intermitentemente, ou fugazmente; e modo de presença - regularmente ou aleatoriamente - do cliente e o ambiente qualitativo inclui os aspectos qualitativos dos elementos ambientais, tais como o ambiente físico, ambiente social e ambiente simbólico no qual ocorrem as situações de cuidados (Kim, 2000).

As situações significativas para os estudantes neste domínio das situações de cuidados estão mais directamente relacionadas com o ambiente qualitativo nas suas componentes social e simbólica. O ambiente social inclui os indivíduos presentes no ambiente, podendo este ser pobre em constituintes sociais, tais como os membros da família, amigos e pessoas significativas. O ambiente simbólico compreende as expectativas de papel que são específicos do cliente, os valores subculturais e ideias específicas em relação à instituição e sistemas de conhecimento especializado do cuidado de saúde. O conteúdo do ambiente gera diferentes tipos de influência no cliente bem como nas práticas de cuidados, nomeadamente a estrutura de poder (autoridade), as expectativas de papel; as expectativas de papel do doente, a história institucional, entre outros, assinalados por Kim (2000).

Assim, conforme quadro 16, temos situações consideradas significativas para os estudantes, as relacionadas com o envolvimento de familiares com o cliente e com o próprio estudante, a presença de profissionais no ambiente de cuidados com um tipo de comunicação com o estudante, considerada por ele como "agressiva" ou em "tom de voz alterado" e ainda a situação de ausência de clientes no serviço, que à partida parece poder comprometer a aprendizagem experiencial do estudante, mas que, neste caso, é considerado pelo estudante como uma mais valia para a sua tomada de consciência e responsabilização pela sua própria aprendizagem.

Quadro 16. Situações significativas centradas no ambiente de cuidados

SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS CENTRADAS NO AMBIENTE DE CUIDADOS	
Envolvimento de familiares	Parturiente acompanhada por marido ansioso Envolvimento do marido com a esposa durante o parto
Ambiente social hostil	Comunicação "um pouco agressiva" de uma enfermeira para a estudante, à frente de outros profissionais Comunicação em "tom de voz alterado" de auxiliar para a estudante, à frente dos clientes Alheamento de mãe em relação à presença do estudante
Ausência de clientes no serviço	

Consideramos a *comunicação* "um pouco agressiva" de uma enfermeira para a estudante, à frente de outros profissionais, a comunicação em "tom de voz alterado" de auxiliar para a estudante, à frente dos clientes e o alheamento de mãe em relação à presença do estudante

enquanto aspectos que poderão caracterizar um “Ambiente social hostil” para o estudante, pois pode comprometer a sua auto-estima e abertura ao meio para o desenvolvimento de práticas de “coração aberto”, elemento este que, na perspectiva de Watson (2005), é determinante para um processo de prática pessoal autêntica.

No sentido de ilustrar uma situação significativa do “ambiente hostil” e a “ausência de clientes no serviço, transcrevemos a seguir dois excertos narrativos de dois estudantes.

“Estava eu numa conversa muito animada com a D.^a P, quando se aproxima de mim uma auxiliar e me pergunta num tom de voz um pouco alterado e nada simpático “Quem é que prestou os cuidados à D.^a A?” e eu respondi que tinha sido eu. A auxiliar um tanto ou quanto agressiva, em frente de todos os idosos que estavam na sala de convívio disse-me se eu não sabia que tinha que despejar o algarido da água suja e não deixá-lo no quarto como aconteceria. Fiquei um pouco envergonhada mas respondi-lhe que não sabia que tinha que ser eu; seguiu-se um sentido pedido de desculpas meu, após o qual prontamente rectifiquei o erro. Para além desta situação, nesse mesmo dia, a mesma auxiliar foi ter comigo e com as minhas colegas ao gabinete de Enfermagem e no mesmo tom de voz, perguntou novamente quem é que tinha prestado os cuidados à D.^a A. Uma vez mais, informei-a de que tinha sido eu própria e uma outra colega. A auxiliar, num ar todo refilão, disse que tínhamos deixado a D.^a A., a cair da cama, o que para nós foi um choque. Nenhuma das duas tinha feito tal coisa, contudo não respondendo, fomos posicionar correctamente a idosa.” [R15].

“Partos? Não vi nenhum. Nem sequer nenhuma mulher deu entrada naquele bloco, estivesse ela só no período de dilatação! Nada vi, a não ser as salas de parto vazias, cujas mesas ginecológicas, monitores e toda a sua complexidade traziam até mim a evolução da tecnologia! (...). O meu desejo não foi realizado, confesso que me senti bastante frustrada. Até porque vi que de alguma forma poderia no bloco de partos ter as cartas na mão, para a sua concretização. Todavia senti ao longo do tempo as cartas a escaparem-se, vendo o desejo adiado. Não falo em sonho, porque é uma palavra de demasiada intensidade, sonho será quando for eu a “dar à luz” [RJ3].

Nestes excertos, aparentemente, nada de muito relevante confere às situações o estatuto de situações significativas. Talvez a primeira, como já referido, encerre elementos do ambiente simbólico bastante nefastos para o estudante, no sentido de se poderem constituir factores inibitórios para a construção da autenticidade e abertura às situações. Já a segunda situação não apresenta nada de significativo, a não ser o significado do próprio estudante, que como atrás referimos, confere à situação o estatuto de situação significativa para a sua aprendizagem e em torno desta realiza a sua narrativa reflexiva.

Na nossa perspectiva, esta situação é o exemplo vivo da subjectividade e idiosincrasia nos processos mobilizados pelo estudante para a sua aprendizagem. Permite-nos a nós, na nossa função docente, ir ao encontro do estudante, naquilo em que ele é de mais singular e também de mais complexo.

Factores de variabilidade

Realizando uma análise mais detalhada das situações significativas expressas pelos estudantes nas suas narrativas, parece-nos relevante observar o modo como aquelas se

distribuem considerando factores de variabilidade, como são a pessoa do estudante e o contexto de ensino clínico e o factor continuidade expresso pela ordem das narrativas.

Variabilidade pessoal na expressão de situações significativas

Assim, como podemos observar na tabela 2, as situações significativas centradas no cliente têm uma maior expressividade para todos os estudantes, constatando-se a realização de 33 narrativas neste domínio para um total de 50 narrativas realizadas.

Tabela 2. Distribuição das situações significativas, segundo os estudantes

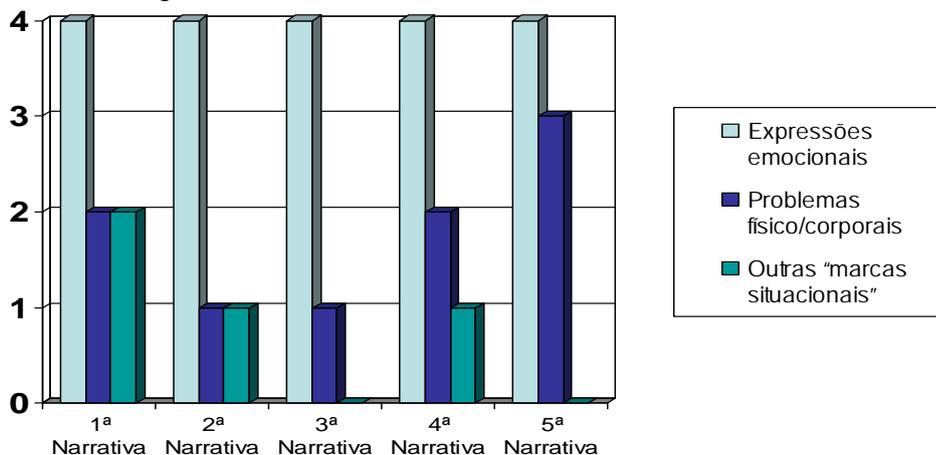
Situações Significativas	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Centradas no cliente	5	4	4	3	3	3	3	3	4	1	33
Centradas na relação cliente - enfermeiro	0	1	0	0	2	1	0	1	0	0	05
Centradas na prática de cuidados	0	0	1	1	0	0	1	1	0	2	06
Centradas no ambiente de cuidados	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	06
Total	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50

Verificamos que o estudante A realiza todas as narrativas em torno de situações significativas centradas no cliente, enquanto que o estudante J selecciona apenas uma situação nesta área de cuidados verificando-se que as situações centradas na Prática de Cuidados e as centradas no Ambiente de Cuidados são as mais expressivas para o mesmo. As situações centradas na Relação Cliente – Enfermeiro são as que apresentam globalmente menor expressividade, embora o estudante E tenha seleccionado duas situações neste domínio.

Dado que as situações de cuidados consideradas mais significativas para os estudantes se centram no domínio do cliente, importa perceber, neste domínio, quais são as situações consideradas mais marcantes, considerando a continuidade narrativa.

No gráfico 1 verificamos que as situações significativas centradas no cliente são globalmente mais expressivas na categoria “Expressões emocionais” em todas as narrativas.

Gráfico 1. Distribuição das situações significativas centradas no cliente, segundo a narrativa

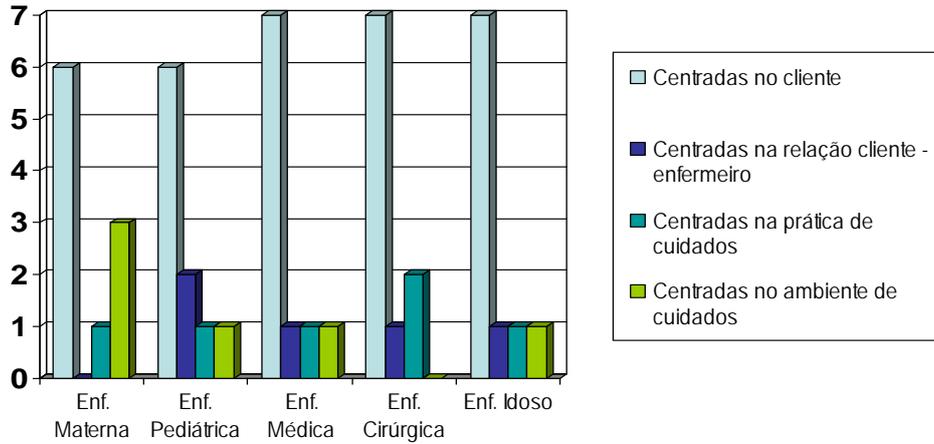


O facto de os estudantes seleccionarem com maior frequência situações significativas de cuidados centradas no cliente vai ao encontro das actuais filosofias e concepções de cuidados de enfermagem, nomeadamente pela advocação da centralidade do cliente nas práticas de cuidados (Meleis, 1991, Kikuchi e Simmons, 1994, Salsberry, 1994; Kim, 2000; Conselho de Enfermagem, 2003; Fawcett, 2005) constituindo o cliente o foco de atenção principal dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, no domínio do cliente constituem situações significativas para os estudantes as suas expressões emocionais. Também aqui é notório a presença da dimensão holística na abordagem dos clientes por parte dos estudantes, pois é relevante como significativo para os estudantes a componente emocional do cliente e não apenas a sua componente biofisiológica (Kim, 2000).

Variabilidade Contextual na expressão de situações significativas

Considerando o contexto de práticas clínicas no qual os estudantes realizam as narrativas, verificamos pelo gráfico 2 o predomínio de situações significativas centradas no cliente em todos os ensinamentos clínicos, sendo que em Saúde Materna as situações significativas centradas no ambiente de cuidados apresenta também alguma expressividade. Também nesta variável as situações centradas na relação cliente-enfermeiro e as centradas na prática de cuidados apresentam uma expressividade residual.

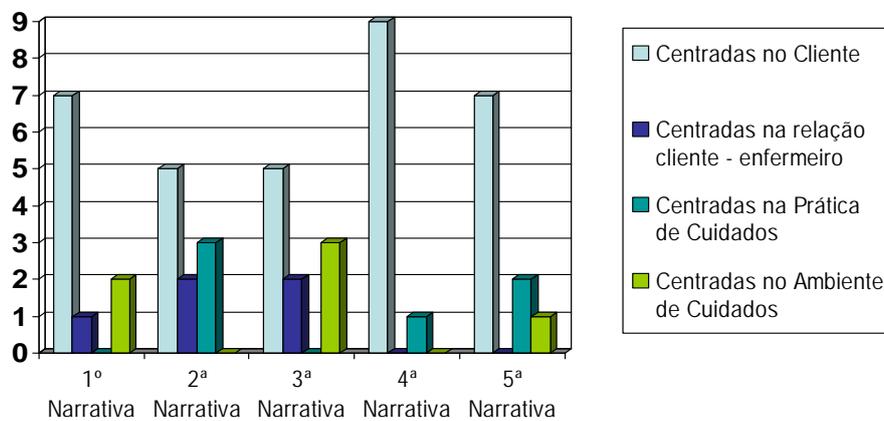
Gráfico 2. Distribuição das situações significativas, segundo a área de ensino clínico



Variabilidade na continuidade narrativa na expressão de situações significativas

Considerando o factor continuidade narrativa na selecção de situações significativas, expresso pela sequência de 5 narrativas realizadas pelos estudantes em diferentes contextos de práticas clínicas, verificamos pelo gráfico 3 não haver diferença substancial em relação aos factores de natureza pessoal e contextual, atrás verificados, quanto ao domínio no qual se inscrevem as situações significativas.

Gráfico 3. Distribuição das situações significativas, segundo a narrativa



Também aqui é notório a maior expressividade das situações centradas no cliente em todas as narrativas, sendo o seu predomínio mais elevado na quarta narrativa, a qual, 9 dos 10 estudantes que participaram na investigação, foi realizada em torno de situações centradas no cliente. É ainda de notar que parece haver um certo movimento no sentido de considerar as situações significativas no domínio do cliente à medida que os estudantes realizam as suas narrativas, pois a sua frequência aumenta a partir da terceira narrativa.

Quanto à tipologia usada para a análise das situações significativas, a taxionomia proposta por Kim (2000), revelou-se um bom instrumento analítico para classificar e posicionar os conceitos emergentes da codificação *in vivo* (*free nodes*) do programa informático utilizado neste processo: NUD*IST N6. De facto, após a codificação inicial emergiram com bastante clareza os quatro domínios trabalhados, sendo que as categorias inferenciais de 1º nível foram identificadas sem referencial teórico prévio.

1.2. SIGNIFICADO ATRIBUÍDO ÀS SITUAÇÕES EXPERIENCIADAS

Além do estudo das situações significativas de cuidados quanto à sua natureza, pretendemos perceber o tipo de significado atribuído pelos estudantes a essas situações, pois esse significado determina o modo como é percebida a situação e desencadeia os subsequentes processos reflexivos, neste caso, a construção de narrativas reflexivas.

Schön (1992) considera o factor surpresa o elemento desencadeador do processo reflexivo, seja no sentido de pensar sobre a acção, parando para pensar, seja pensar no meio da acção, sem chegar a interrompê-la. Silva (2000a), citando Boyd e Fales (1983), refere que este significado, enquanto percepção de sentimentos e pensamentos numa determinada situação, constitui a primeira etapa do processo reflexivo, sendo esta descrita como “*um sentimento de mau estar interior*” (p. 36). Johns e Hardy (2005) consideram que o significado se projecta em acontecimentos que nos habilita à conscientização de sentimentos, e fazendo isso reforçamos o nosso sentido de eu, bem como um maior controlo de nós mesmos enquanto pessoas. Johns (2004) acrescenta que o esforço de reflexão está na capacidade de atribuir significados à experiência e deste modo perspectivar novos modos de ser e responder às situações. Dewey (1991) descreve a existência de um estado de perplexidade, hesitação ou dúvida, bem como um estado de desconforto interior e Boud (1999) refere a existência de dilemas associados a questionamento, incerteza, discrepâncias e insatisfação do estudante na construção de significados pessoais acerca das situações experienciais com as quais se defronta.

Nesta investigação, consideramos o significado atribuído pelo estudante, às situações experienciadas e narradas, enquanto entendimento pessoal de uma experiência particularmente relevante para ele em termos de pensamentos, sentimentos e ou acções, de acordo com o pensamento de Reed e Procter, (1993); Johns (2004) e Boud, Cressey e Doccherty (2006).

Deste modo, os significados por nós percebidos na análise das narrativas situam-se naquilo que designamos por “situação marcante”. Marcante no sentido de importante, destacado, distinto ou saliente no âmbito das experiências vividas pelos estudantes em contexto de ensino clínico.

Os significados foram percebidos nas dimensões marcantes pela positiva, marcantes pela negativa, marcantes pela novidade e outros significados, que embora apresentem o seu cunho “marcante” não é expresso pelos estudantes enquanto positivos, negativos ou de novidade.

Situações Marcantes pela Positiva

No quadro 17 podemos observar o teor das marcas positivas percebidas pelos estudantes no contexto das suas práticas.

Quadro 17. Situações marcantes pela positiva

SITUAÇÕES MARCANTES PELA POSITIVA
Participação autónoma nos cuidados
Satisfação pessoal
Experiência excepcionalmente boa
Emoções positivas
Situação bem sucedida
Situação geradora de crescimento
Situação geradora de conhecimento
Situação enriquecedora
Situação gratificante

A *Participação autónoma nos cuidados*, a *Satisfação pessoal* percebida na situação vivida, a consideração de *Experiência excepcionalmente boa*, as *Emoções positivas* experienciadas, bem como a consideração de *Situação bem sucedida*, *Situação geradora de crescimento*, *Situação geradora de conhecimento*, *Situação enriquecedora* ou *Situação gratificante* revelaram-se enquanto significados positivos no processo experiencial e desencadeadores da reflexão expressa nas narrativas.

Algumas expressões narrativas que transcrevemos exemplificam as “marcas positivas” vividas pelos estudantes no processo de cuidados.

“Toda esta situação que se passou comigo foi geradora de conflito e ao mesmo tempo de conhecimento.”[RD1].

“Tendo em conta a situação anteriormente descrita, confesso que fiquei contente comigo mesma por ter conseguido transmitir alguma confiança àquela mãe e isso coloca-me numa situação de algum conforto.”[RE5].

“Toda esta situação fez surgir em mim um sentimento de grande satisfação, pois não há nada mais agradável do que uma redução da ansiedade da doente, pelo pouco que seja, seguida de um sorriso no rosto tanto em mim como na doente. Senti assim que a minha presença estava ajudá-la.”[RF2].

(...) “creio que dentro das minhas possibilidades e limitações, fui bem sucedida, pelo menos foi isso que senti pela parte do Jorge, e isso é o mais importante. Consegui ajudá-lo... é uma sensação doce de paz e serenidade que me envolve quando relembro a situação!”[RH3].

“Durante estas quatro semanas, existiram muitas situações sobre as quais eu poderia reflectir, no entanto escolhi uma situação que me marcou pela positiva e com a qual fiquei mais enriquecida a nível profissional, mas acima de tudo a nível pessoal.”[RI3].

Parece-nos relevante salientar, nestes excertos, a narrativa na primeira pessoa, na qual os estudantes assumem o processo como seu, tomando consciência de quem são em termos do “eu”

nas dimensões pensamentos, sentimentos e comportamentos, bem como da tomada de consciência da sua responsabilidade pelos actos praticados em contexto de prática de cuidados (Burnard, 1995). São situações nas quais os estudantes se percebem como agentes na construção de boas práticas de cuidados, que o processo de reflexão decerto reforça e sustenta para o desenvolvimento futuro. De facto, a constatação de “participação autónoma nos cuidados”, o “enriquecimento pessoal” e “profissional”, a “aprendizagem para “compreender o ser humano noutros contextos” da prática profissional expressa o quanto de positivo é percebido por estes estudantes na sua aprendizagem experiencial.

Situações Marcantes pela Negativa

Quanto às situações marcantes pela negativa, como expresso no quadro 18, são situações, na sua maioria, geradoras de desconforto pessoal, como seja o *mau estar*, o *sofrimento*, a *tristeza*, a *angústia*, a *perturbação*, o *conflito* ou o *incómodo*.

Quadro 18: Situações marcantes pela negativa

SITUAÇÕES MARCANTES PELA NEGATIVA
Situação geradora de mau estar
Situação geradora de sofrimento pessoal
Situação geradora de tristeza
Situação geradora de angústia
Situação perturbadora
Situação geradora de preocupação
Situação que me deixou profundamente abalada
Situação geradora de conflito
Situação incómoda
Situação desconfortante

Esta categoria de significados vai ao encontro do que é referido na bibliografia, quanto ao sentimento de mau estar interior, enquanto primeira etapa para o desenvolvimento do processo reflexivo (p. ex: Dewey, 1991; Burnard, 1995; Silva, 2000a; Johns, 2004).

São “marcas” negativas que o estudante experiencia na sua dimensão emocional sendo importante para o seu processo de construção pessoal e profissional tomar consciência e lidar com essas emoções.

A narrativa tem aqui uma função catártica que facilita ao estudante a possibilidade de poder lidar positivamente com as emoções do outro, pela tomada de consciência das suas próprias emoções (Burnard, 1995).

Algumas expressões narrativas ilustram a categoria de situações marcantes pela negativa:

“Após ter estado algum tempo perto dele (cliente), gerou-se em mim um sentimento de inquietação, em paralelo com a vontade de agir em prol da melhoria de Y, uma vez que aquela situação gerou em mim algum desconforto, ao ver espelhado no seu rosto e testemunhado pelos seus gestos a inquietude e ansiedade.” [RA5].

“Embora, tivesse analisado porque é que me encontrava naquele estado, eu não conseguia controlar as minhas emoções, até eu acabar foi um grande sofrimento para mim pois parecia que eu estava a sentir tudo outra vez.” [RC3].

“Toda esta situação que se passou comigo foi geradora de conflito” [RD1].

(...) “decidi explorar uma situação de desconforto bastante importante para mim” [RD5].

“Aquele contexto perturbou-me: um ser humano vivo e consciente, mas apático e sem expressão, perdido nas mãos que manipulam o seu corpo vezes sem fim, aumentando exponencialmente a dor já incitada por uma situação de dependência...” [RG1].

O desconforto, narrado por vários estudantes, é um sentimento interior, por vezes mesmo “visceral”, como refere o estudante C e que Damásio (2001) situa nas emoções primárias, as quais são inatas ou pré-organizadas. No entanto, estes significados, muito de natureza emocional, desempenham uma função na comunicação de significados a terceiros e podem ter também um papel de orientação cognitiva e comportamental, na medida em que as nossas emoções só são desencadeadas por um processo de avaliação mental que é voluntário e não automático (Damásio, 2001). Neste sentido, a expressão narrativa a partir de significados negativos permite a tomada de consciência dos mesmos pelos estudantes, por um lado, facilita o processo catártico deste tipo de sentimentos, bem como explicita estes significados a outros produzindo-se condições de co-construção pessoal e profissional. O processo catártico neste tipo de situações é particularmente relevante na medida em que estamos de algum modo socialmente condicionados para esconder dos outros sentimentos e emoções. O treino pela narrativa deste processo constituirá certamente uma mais valia no desenvolvimento de intervenções ditas catárticas das habilidades interpessoais em enfermagem (Burnard, 1995).

Situações Marcantes pela Novidade

As situações novas, no sentido de constituírem o primeiro contacto experiencial para o estudante, foram também consideradas como situações marcantes. O efeito “surpresa”, como refere Schön (1992) está presente nestes significados que confere à experiência o estatuto de aprendizagem pela reflexão.

No conteúdo codificado na categoria das situações marcantes pela novidade verifica-se a surpresa e o inesperado associados à novidade propriamente dita enquanto significados atribuídos pelos estudantes às situações vividas.

Destacamos as expressões narrativas que melhor nos parece ilustrar estas situações marcantes. Um estudante refere:

“O que me surpreendeu verdadeiramente foi o facto do Sr. mencionar que, embora a esposa tivesse falecido já há uns anos, ela encontrava-se presente, pois não se esquecia um amor.” [RA3].

Está patente, neste excerto, o factor surpresa com o qual o estudante é confrontado principalmente porque não faz parte dos nossos padrões comportamentais ocidentais assumir a “presença” do cônjuge falecido há anos atrás.

Outro estudante refere:

“Nunca tinha lidado tão de perto com alguém nesta situação, já tinha ouvido histórias, mas nunca tinha visto ninguém sem uma mama, e depois imaginar o que aquela senhora estaria a sentir (...).” [RB2].

Neste caso é claramente marcante o factor novidade experiencial associado ao facto de o estudante projectar sentimentos no cliente, que terão, provavelmente, mais a ver com o próprio do que com o cliente, talvez por um processo de confrontação existencial que o estudante idealiza.

Um estudante expressa o seguinte:

“Apesar da nossa actuação em termos de prática de cuidados ser variada, as situações que foram mais significativas para mim estão relacionadas com o facto de estar a cuidar de um doente em fase terminal da sua vida. Isto marcou-me muito, talvez por ser uma condição tão nova e repleta de uma carga emocional bastante forte.” [RE2].

Neste excerto, associado ao facto da situação se revestir do factor novidade encerra também uma forte carga afectiva que marca de modo indelével o estudante.

Outros Significados Atribuídos às Situações

Consideramos outros significados atribuídos às situações, aqueles que, embora imersos numa forte carga emocional para o estudante, não são explícitos quanto à natureza positiva ou negativa desses significados. São situações que “deixam marcas pessoais” nos estudantes, têm interesse de natureza “sentimental”, geram “questionamento”, “sentimentos e emoções” e que fazem “reflectir”.

No sentido de não tornar demasiado extenso e de algum modo repetitivo o conteúdo relativo aos significados atribuídos pelos estudantes às situações consideradas significativas, transcrevemos o excerto narrativo, relativo à “situação que fez reflectir”.

“A situação que eu vou apresentar teve lugar no serviço de Cirurgia da Maternidade X no dia 1 de Fevereiro, uma quarta-feira, na minha primeira semana de estágio e talvez por isso elejo esta situação como sendo das que mais me fizeram reflectir.” [RB3].

Verificamos nesta situação que o factor preponderante para a selecção da situação para a narrativa reflexiva se deve ao facto de aquela ter ocorrido na primeira semana de estágio. Aparentemente, é um significado banal. No entanto, se pensarmos no vasto leque de sentimentos que o estudante vive na situação de um novo ensino clínico, tais como o medo, a apreensão e a insegurança, pois está num novo contexto, com pessoas que não conhece, com situações de cuidados também elas novas, muitas vezes desconhecidas, é natural que um acontecimento trivial

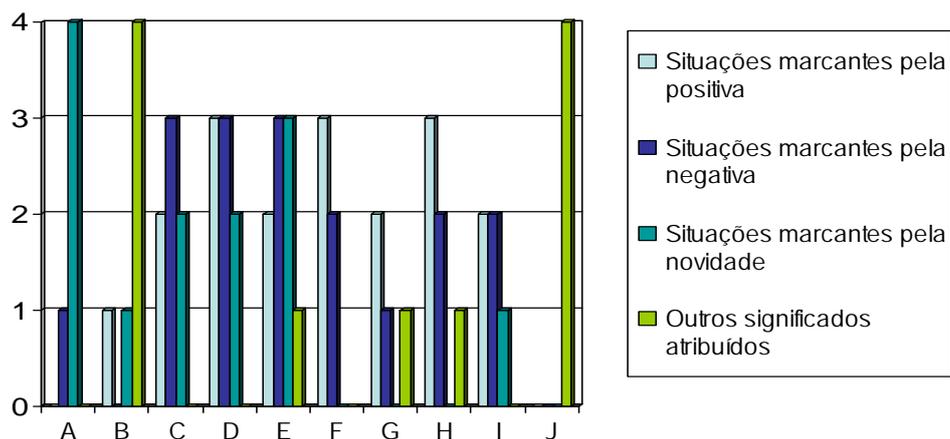
adquirir contornos de grande significado para o estudante. E neste caso, é o facto de determinado acontecimento ter ocorrido precisamente na primeira semana de estágio, como refere o estudante, que faz com que ele eleja a situação para reflectir. Dado que já tem experiência de ensinamentos clínicos anteriores é provável que saiba que poderá trabalhar uma melhor integração ao serviço, um melhor desempenho face às situações, se estudar e reflectir em torno de acontecimentos comuns naquele serviço, que por certo contribuirão para a construção de uma aprendizagem experiencial mais reflectida e mais sustentada.

Factores de Variabilidade

Variabilidade pessoal na atribuição de significados às situações significativas

Quanto ao factor variabilidade pessoal, verificamos pelo gráfico 4 que os significados atribuídos às situações experienciadas em ensino clínico variam em função do estudante.

Gráfico 4. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo os estudantes



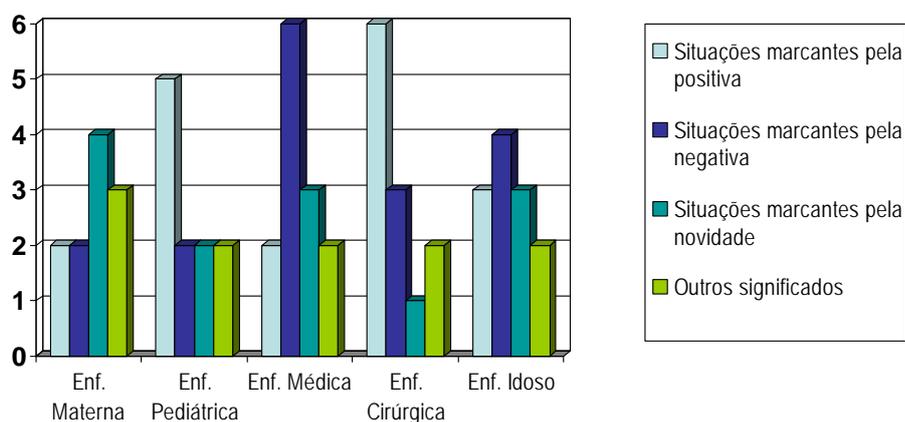
Para o estudante A as situações são marcantes pela novidade e uma delas pela negativa, o estudante B não expressa nenhuma situação marcante pela positiva, o estudante F expressa situações marcantes pela positiva (3) e pela negativa (2) e o J expressa situações cujos significados estão classificados na categoria “outros significados atribuídos”.

Estes dados corroboram a noção de singularidade pessoal no modo como são percebidas as situações à semelhança do que acontece noutras situações, pois a pessoa vê e atribui sentidos em função daquilo que é enquanto pessoa (Kolb, 1984; Alarcão e Sá-Chaves, 1994; Werneck, 2006).

Variabilidade contextual na atribuição de significados às situações significativas

O factor contextual, local de ensino clínico, parece ter uma relação significativa com o modo como são percebidas as situações vividas pelo estudante.

Gráfico 5. Distribuição de significados atribuídos às situações, segundo a área de ensino clínico



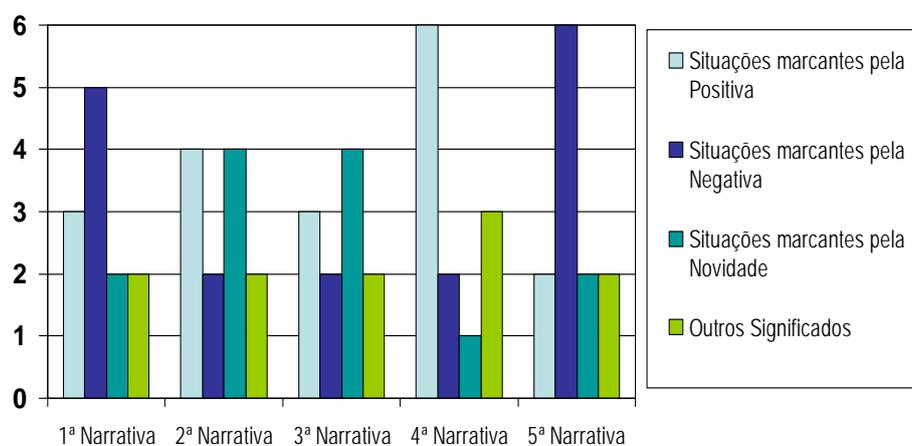
O gráfico 5 permite-nos constatar diferenças, mais evidentes no âmbito da área de ensino clínico de enfermagem pediátrica, onde o predomínio de situações vividas são marcantes por significados positivos, na Enfermagem Médica, área na qual a maior expressividade situa as situações marcantes pela negativa e a enfermagem cirúrgica, cujas situações expressas são predominantemente marcantes pela positiva.

De facto, o contexto no qual ocorrem as experiências de aprendizagem é sabido como sendo um importante factor no processo de aprendizagem do sujeito (Mainemelis, Boyatzis e Kolb, 1999; Werneck, 2006).

Variabilidade de continuidade narrativa na atribuição de significados às situações significativas

Quanto ao factor continuidade narrativa, não parece ser um elemento que influencie grandemente o modo como são percebidas as situações significativas pelos estudantes, pois os modos de expressão são semelhantes ao longo das narrativas (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo a narrativa



Parece, no entanto, haver uma certa tendência para, à medida que os estudantes vão realizando mais narrativas, as situações marcantes pela positiva ou negativa sejam mais expressivas, pois que nas duas últimas narrativas ocorrem como maior frequência esse tipo de situações. Talvez a experiência anterior de realização de narrativas possa contribuir para o facto de os estudantes atribuírem um significado mais explícito às suas experiências clínicas.

1.3. DIFICULDADES NA SELECÇÃO DE SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS

Na nossa experiência profissional, relativa à supervisão de estudantes no processo de construção narrativa das suas experiências significativas, bem como durante o processo de implementação desta estratégia pedagógica na presente investigação, somos confrontados com frequência com questões dos estudantes relativas à selecção de situações significativas. Os estudantes questionam “Mas, como é que eu sei que é uma situação significativa?”; “E se eu começo a narrativa com uma situação e depois encontro outra melhor?”. Estas e outras questões, nomeadamente colocadas pelos supervisores, evidenciam a dificuldade que os estudantes apresentam na selecção das situações significativas de aprendizagem.

Johns (2004) alerta também para o facto de alguns profissionais terem dificuldade na atribuição de sentido às suas práticas pela falta de atenção a elas dedicada ou ainda porque trabalham em ambientes não cuidadosos. A este propósito Johns (2004) refere O’Donohue (1977) que menciona a dificuldade na atribuição de sentidos quando as práticas se tornam familiares, sendo difícil descobrir algo novo, interessante ou satisfatório. Decididamente, esta não é a situação dos estudantes de enfermagem em contexto de aprendizagem clínica, pois a mudança de contextos é contínua, sendo difícil que eles vivam as situações de cuidados como familiares, logo desprovidas de interesse significativo. No entanto, alguns estudantes nestas condições referem dificuldades na selecção de situações significativas para a construção narrativa.

A análise das narrativas vem confirmar esta situação. Alguns estudantes consideram ser difícil a selecção de situações significativas para a realização da narrativa reflexiva pela existência de diversas situações passíveis de realizar uma reflexão, pela dificuldade em eleger uma única situação ou pela vivência de diversos motivos de reflexão.

Ilustrando as dificuldades referidas, um estudante narra:

“Durante as últimas duas semanas e meia diversas foram as situações que despertaram em mim sentimentos de inquietude e que me fizeram pensar sobre a minha a atitude, comportamentos e sentimentos e por isso situações passíveis de realizar uma reflexão estruturada” [RB1].

Fica patente a existência de diversas situações passíveis de realização de reflexão pelo envolvimento pessoal que tais situações implicaram para o estudante.

Um estudante refere a sua dificuldade em seleccionar uma única situação:

“ (...) , foi extremamente difícil seleccionar uma única situação, para alvo desta minha reflexão (...)” [RH1].

E outro estudante considera que em cada experiência é possível descobrir diversos motivos de reflexão:

“Não obstante a brevidade deste ensino clínico, foi possível descobrir em cada experiência diversos motivos de reflexão, sem os quais não poderia concretizar uma aprendizagem satisfatória.” [RG5].

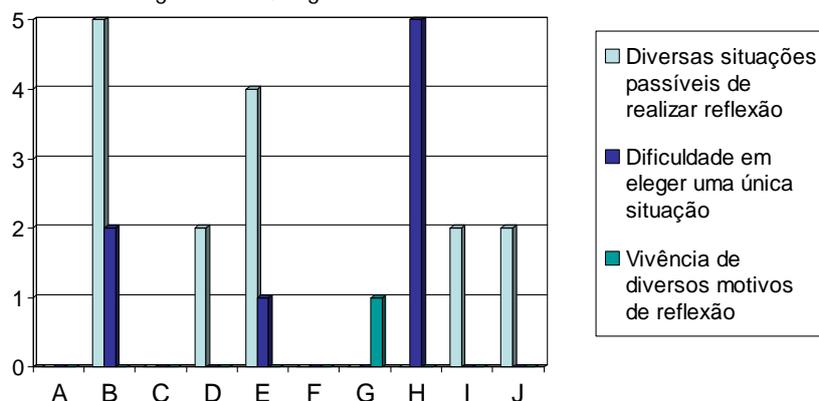
Embora sejam poucos os estudantes a referir dificuldades na selecção de situações significativas, é perceptível que esta dificuldade não está relacionada com a familiaridade das situações, antes com a sua novidade e significância para o estudante, que encontra em cada uma delas motivos de reflexão, sendo difícil a selecção de uma única situação.

Factores de Variabilidade

Variabilidade pessoal na selecção de situações significativas

A distribuição das dificuldades segundo os estudantes (gráfico 7) permite-nos constatar que três estudantes da amostra estudada não expressam dificuldades, um estudante expressa as suas dificuldades apenas na eleição de uma única situação para a realização das narrativas, num outro (G) observa-se uma única ocorrência relativa à vivência de diversas situações com motivos para reflectir, situação esta transcrita acima.

Gráfico 7. Distribuição das dificuldades na selecção de situações significativas, segundo os estudantes

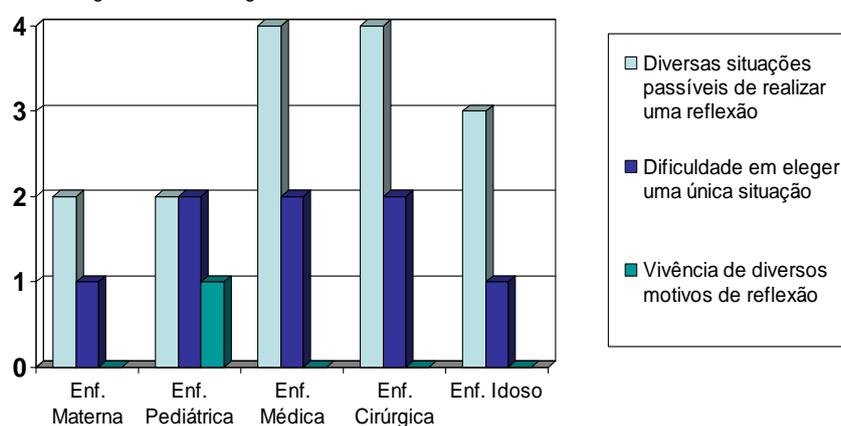


Para os estudantes que referem dificuldades na selecção de situações significativas as diversas situações passíveis de realizar reflexão são as mais expressivas, no conjunto de todos os estudantes.

Variabilidade contextual na selecção de situações significativas

No gráfico 8 podemos observar a distribuição na expressão de dificuldades em seleccionar uma situação para a análise reflexiva em função da área de ensino clínico na qual são produzidas as narrativas.

Gráfico 8. Distribuição das dificuldade na selecção de situações significativas, segundo a área de ensino clínico



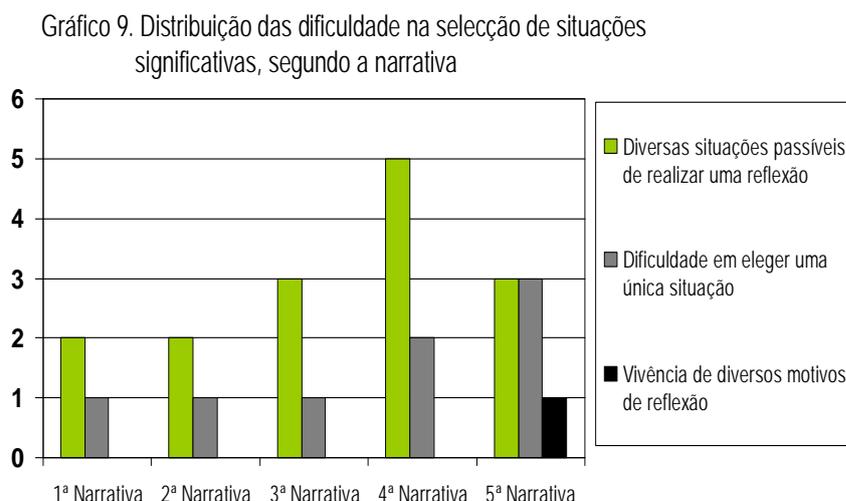
Em todos os ensinos clínicos observa-se a expressão de dificuldades na selecção de uma situação significativa. Na área da enfermagem pediátrica são indicados todos os tipos de dificuldades, embora com uma expressividade baixa nas áreas de enfermagem médica e enfermagem cirúrgica a distribuição é igual, destacando-se a maior expressão pelas diversas situações passíveis de realizar uma reflexão. Nas áreas de enfermagem materna e de

enfermagem do idoso a distribuição é semelhante, observando-se, também aqui uma maior predominância na expressão de diversas situações passíveis de realizar a reflexão.

Globalmente, parece que a área de ensino de ensino não constitui um factor de variabilidade assinalável nas dificuldades expressas pelos estudantes na selecção de situações significativas para a realização da reflexão.

Variabilidade de continuidade narrativa na selecção de situações significativas

Considerando a continuidade na expressão narrativa (gráfico 9), curiosamente constatamos que as dificuldades vão aumentando à medida que os estudantes vão realizando mais narrativas.



Este resultado contraria as nossas expectativas iniciais de que à medida que o estudante vai desenvolvendo mais competências experiências na construção de narrativas menores seriam as suas dificuldades, nomeadamente na selecção de situações significativas. Não possuindo elementos teóricos com os quais confrontar este resultado, parece-nos, enquanto explicação plausível, que o sentido de auto-responsabilização será maior à medida que o período experiencial avança e por isso os estudantes atribuirão significados de aprendizagem a situações que no início não seriam percebidas como tal. Deste modo, à medida que evolui o número de realização de narrativas, a par das experiências clínicas, os estudantes terão maior facilidade em atribuir significados relevantes a situações experienciais, não numa perspectiva de familiaridade com as situações, como refere Jonhs (2004), mas numa perspectiva de maior envolvimento pessoal e interesse na aprendizagem por parte dos estudantes. Também, o sentido da realização das narrativas reflexivas pode não ser nítido à partida e os estudantes vão progressivamente aclarando esse sentido, no decurso da construção narrativa, verificando-se esforço e envolvimento pessoal na procura desses mesmos sentidos (Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006).

2. INTERACÇÃO COM AS SITUAÇÕES SIGNIFICATIVAS

A construção de narrativas reflexivas, sendo elaboradas em torno de situações consideradas significativas pelos estudantes, expressa modos de interacção do estudante com essas situações. São experiências de cuidados nas quais os estudantes expressam modos particulares de significados, representando realidades presentes à consciência pelo processo reflexivo que a construção narrativa induz (Polkinghorne, 2002). Estes significados são permanentemente reconstruídos pela lembrança (*recall*) auto-reflexiva ou introspecção permitindo aceder aos resultados de atribuição de significados aos processos experienciados por parte dos estudantes, e não aos processos em si. Deste modo, pela análise dos discursos linguísticos produzidos pelos estudantes, é possível identificar os significados produzidos acerca das suas experiências, nas componentes afectiva, cognitiva e comportamental, que na perspectiva de Polkinghorne (2002) são melhor capturados através das *nuanças* qualitativas da expressão linguística. Consideramos modos de interacção expressos pelos estudantes com as situações significativas de cuidados os significados de natureza afectiva, ou sentimentos expressos pelos estudantes na reconstrução narrativa das situações, bem como os significados de natureza cognitiva (níveis de pensamento elaborado na construção de significados) e comportamental, relativa à expressão das formas de agir perante as situações narradas. Deste modo, é possível compreender a experiência pela construção de significados na própria experiência, que ilustra a interacção (Clandinin e Connelly, 2000).

2.1. INTERACÇÃO AFECTIVA: TIPOS DE SENTIMENTOS EXPRESSOS PELOS ESTUDANTES

Cuvillier (1973) define sentimento, em sentido lato e na sua asserção psicológica, como “*qualquer estado afectivo*” sendo encarado também como “*estado afectivo complexo e estável cujas causas são principalmente de ordem moral*” (p. 163). Sentimento enquanto *inclinação* é considerado “*disposição afectiva duradoura*” (Cuvillier, 1973: 163; Costa e Melo, 1300).

Damásio (2001) considera que apesar de alguns sentimentos estarem relacionados com as emoções, existem muitos que não estão. O autor considera que todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provêm de emoções, designando aqueles de “*sentimento de fundo*” (p. 157), pois que, se uma emoção é um conjunto de alterações no estado do corpo associadas a certas imagens mentais que activaram um sistema cerebral específico, “*a essência do sentir de uma emoção é a experiência dessas alterações em justaposição com as imagens mentais que iniciaram o ciclo*” (p. 159).

Na perspectiva de Burnard (1995) os sentimentos fazem parte do eu (*self*), enquanto totalidade, que se relacionam com os pensamentos e comportamentos e que permitem apreender os significados de natureza emocional do nosso ser. Os sentimentos levam a mudanças no comportamento enquanto que o pensamento pode dar origem apenas a pequenas mudanças. No

entanto, se pararmos um pouco para percebermos como nos sentimos, “*este perceber envolve pensamento que por sua vez gera mudança no comportamento*” (Burnard, 1995: 17-18).

Heron (1977), citado por Burnard (1995), defende que a expressão de sentimentos é um processo saudável, e se o aprendermos a fazer poderemos abrir-nos mais à experiência, desenvolveremos menos medo e ansiedade e poderemos exercer maior auto-determinação e autonomia. Na perspectiva do autor, parte do tornar-se consciente implica a descoberta e exploração da dimensão emocional com a aprendizagem da expressão de sentimentos nas diferentes situações.

A construção dos significados no sentido da consciencialização de sentimentos perante uma determinada situação é o processo de humanização, essencialmente cultural e contextualizado, sendo que a construção e transmissão dos significados culturais são a própria construção da sociedade humana (Lima, 2008).

Johns e Hardy (2005) sugerem que sentimentos e pensamentos são aspectos significativos na relação com a prática e constituem elementos para o profissional/pessoa conhecer a sua subjectividade. Defendem que o conhecimento subjectivo se traduz na auto-aceitação e é pelo conhecimento subjectivo que a reflexão começa.

De facto, na análise das narrativas dos estudantes emergiu como modo de interacção, de natureza afectiva, com as situações narradas, os sentimentos experimentados pelos estudantes, sentimentos estes, expressos nas diferentes fases da narrativa.

No quadro 19 apresentamos a taxionomia construída a partir da análise inferencial das unidades de significação codificadas nas narrativas.

Quadro 19. Tipos de sentimentos expressos pelos estudantes

TIPOS DE SENTIMENTOS	No início do Ensino Clínico	Sentimentos positivos Sentimentos negativos Outros estados cognitivo/emocionais
	Perante a situação	Sentimentos positivos Sentimentos negativos Misto de sentimentos Outros estados cognitivo/emocionais
	Após a análise da situação	Sentimentos positivos Sentimentos negativos Outros estados cognitivo/emocionais

Constatamos que a expressão de sentimentos na narrativa ocorre em relação ao ensino clínico no qual o estudante faz a narrativa, fundamentalmente os sentimentos experienciados no início daquele e ocorre perante a situação significativa narrada e após a análise da situação.

Identificamos sentimentos de natureza positiva, entendidos enquanto sentimentos relacionados com uma visão optimista e afirmativa de si (estudante) em situação de aprendizagem experiencial e de algum modo geradores de um estado emocional e afectivo de bem-estar e satisfação; sentimentos negativos, enquanto estados afectivo-emocionais impeditivos de bem-

estar e confiança pessoal, misto de sentimentos, quando o estudante expressa a vivência dos dois tipos de sentimentos atrás enunciados perante a situação que experiencia e descreve e, ainda, outros estados cognitivo/emocionais que envolvem expressões cuja natureza impede a sua classificação em sentimento positivo ou negativo expressando antes circunstâncias vivenciais de natureza afectiva, uns mais ligados a cognições, outros mais a emoções, nas diferentes fases da narrativa.

Sentimentos Expressos no Início do Ensino Clínico

Os estudantes expressaram diferentes tipos de sentimentos e estados cognitivo/emocionais relacionados com o início do ensino clínico. No quadro 20, podemos observar que os sentimentos de natureza positiva expressos pelos estudantes são *Sentimento de bem-estar* e *Sentimento de satisfação* enquanto que os *sentimentos negativos* são de *medo*, *receio*, *desânimo*, *inquietação* e/ou *frustração*.

Quadro 20: Sentimentos relativos ao início do ensino clínico

SENTIMENTOS NO INÍCIO DO ENSINO CLÍNICO	
Sentimentos positivos	Sentimento de bem-estar Sentimento de satisfação
Sentimentos negativos	Sentimento de medo Sentimento de receio Sentimento de desânimo Sentimentos de inquietação Sentimento de frustração
Outros estados cognitivo/emocionais	Ansiedade Angústia

Os dois tipos de sentimentos estão muitas vezes presentes no início do ensino clínico, como nos narra um estudante:

“O ensino clínico é portador de uma carga muito grande, a qual nós, estudantes temos de lutar ao máximo para conseguir atingir os objectivos propostos, desencadeando por vezes, em nós sentimentos positivos de satisfação, bem-estar e outros negativos de angústia, desânimo e frustração.” [RF1].

É notório a forte carga emocional presente nos ensinos clínicos, nomeadamente o primeiro, como o é no excerto transcrito, podendo os estudantes experimentar um misto de sentimentos positivos e negativos.

Outro estudante, na sua 3ª narrativa, referente ao quarto ensino clínico, exprime também esse estado de apreensão e ansiedade perante a sua entrada numa área experiencial nova, que lhe suscita tantas dúvidas e interrogações.

“Este é o quarto estágio, mas para dizer a verdade, quando este começou grande parte daquilo do que diz respeito à maternidade era ainda uma novidade para mim. Ao longo dos diferentes estágios, tive de aprender a ser conselheira, amiga, e sobretudo aprendi a ver as pessoas na globalidade, aprendi por isso a ser o apoio importante e necessário para aqueles com quem dividi as mais diversas

experiências. Mas este estágio é muito diferente de tudo o que já fiz e vivi, lidar com a maternidade, a relação com a puérpera /Recém-nascido. Este mundo novo e desconhecido deixava-me um pouco ansiosa. Como seria que iria enfrentar as situações? Será que iria conseguir adaptar-me ao serviço? E quanto aos procedimentos e intervenções estariam os meus conhecimentos à altura?” [RB3].

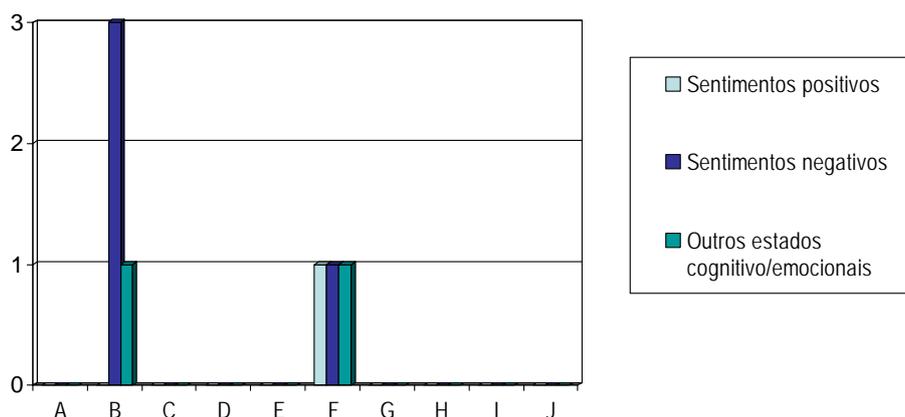
Factores de variabilidade nos sentimentos expressos no início do Ensino Clínico

Analizamos factores de variabilidade pessoal e contextual, através de matrizes de intersecção entre os tipos de sentimentos no início do ensino clínico e os estudantes participantes, para o factor pessoal, e a área de ensino clínico para o factor contextual, bem como o factor continuidade narrativa, pela sequência de narrativas realizadas.

Variabilidade pessoal nos sentimentos expressos no início do ensino clínico

É possível verificar pelo gráfico 10 que o elemento variabilidade pessoal mais uma vez se constata. Salienta-se, globalmente, a predominância de sentimentos negativos, em relação a outros estados psico-afectivos

Gráfico 10. Distribuição dos tipos de sentimentos relativos ao início do ensino clínico, segundo os estudantes



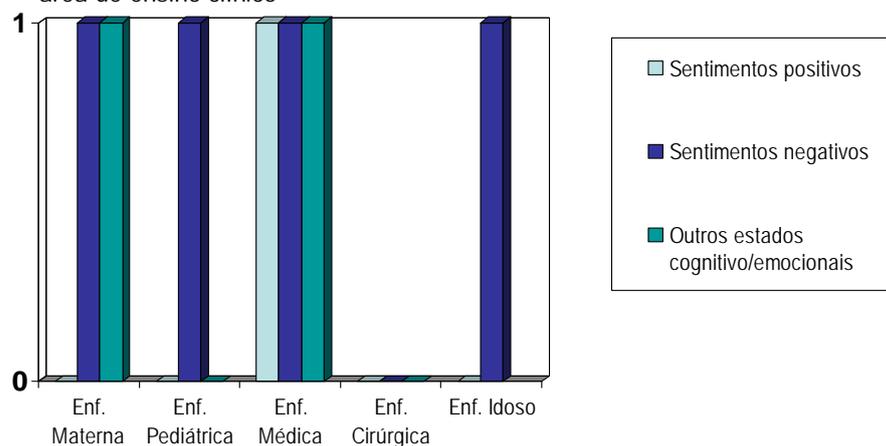
Apenas dois estudantes expressam sentimentos relativos ao ensino clínico, sendo os sentimentos de teor negativo mais expressivos em relação a outros estados psico-afectivos. O estudante B expressa maior predominância de sentimentos negativos relativos ao ensino clínico.

Embora estes achados se reportem apenas a dois estudantes, consideramos que pela natureza da disposição afectiva com que iniciam o ensino clínico pode traduzir-se em resultados de interacção afectiva com as situações menos gratificantes e deste modo comprometer a aprendizagem significativa. São dois casos que pela sua natureza discrepante importa realçar, no sentido em que são estudantes presentes no processo supervisivo em ensino clínico, aos quais devemos estar atentos e intervir precocemente para uma aprendizagem significativa efectiva.

Variabilidade contextual nos sentimentos expressos no início do ensino clínico

Quanto ao factor de variabilidade contextual, área de ensino clínico, observamos no gráfico 11 que a expressão de sentimentos varia em função da área de ensino clínico na qual o estudante realiza a narrativa.

Gráfico 11. Distribuição de sentimentos no início do ensino clínico, segundo a área de ensino clínico



Na área de enfermagem cirúrgica os estudantes não expressam qualquer tipo de sentimentos, enquanto que na enfermagem médica os estudantes expressam todos os estados afectivos identificados na expressão narrativa.

Salienta-se, globalmente, a predominância de sentimentos negativos, em relação a outros estados psico-afectivos nas áreas de ensino clínico onde os estudantes expressam sentimentos, sendo que nas áreas de enfermagem pediátrica e enfermagem do idoso os estudantes expressam somente sentimentos de natureza negativa.

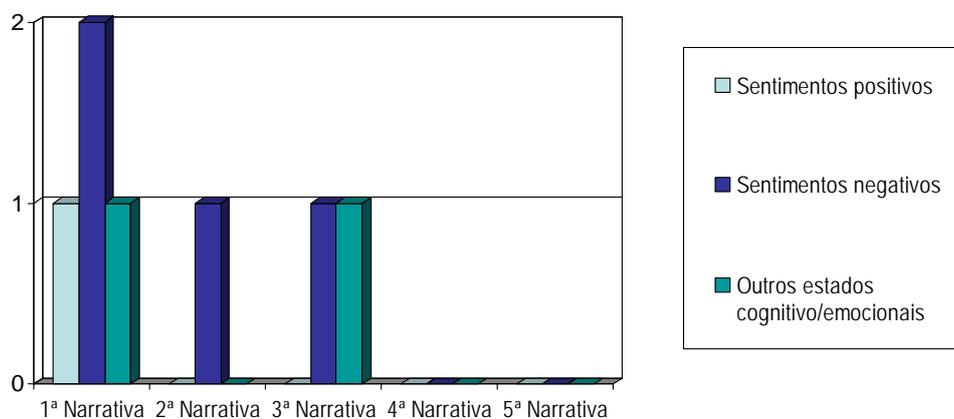
Variabilidade na continuidade narrativa nos sentimentos expressos no início do ensino clínico

Considerando a continuidade narrativa nos processos reflexivos construídos pelos estudantes ao longo das suas práticas clínicas, constatamos que a predominância de estados psico-afectivos se situa nas primeiras três narrativas (gráfico 12).

Verifica-se ainda, que a natureza dos sentimentos expressos é predominantemente negativa, com maior expressividade na primeira narrativa, não havendo expressão de sentimentos relativos ao ensino clínico a partir da quarta narrativa.

Perante este achado, será que podemos inferir que à medida que o estudante evolui na sua aprendizagem experiencial deixa de experimentar sentimentos ou outros estados cognitivo/emocionais relativos ao ensino clínico? Ou sendo experimentados esses estados, o estudante não considera relevante, na realização da sua narrativa, expressá-los?

Gráfico 12. Distribuição de sentimentos no início do ensino clínico, segundo a continuidade narrativa



Jonhs (2004) considera, a partir da investigação realizada em torno dos sentimentos experimentados pelos profissionais durante as suas práticas clínicas, que os acontecimentos stressantes se tornam menos evidentes quando o profissional aprende a estar melhor equipado para lidar com essas situações, pelo que elas não serão mais percebidas como negativas. Refere, no entanto, que naquele caso as situações experienciadas passam a ser consideradas positivamente e com mais valor, embora a perspectiva negativa seja mais facilmente percebida do que a positiva. Possivelmente, esta poderá ser uma explicação plausível para o facto de os estudantes omitirem a expressão de sentimentos, negativos porque já não são percebidos como tal, e positivos, porque já não têm o impacto inicial, relativos ao ensino clínico, há medida que vão vivendo mais experiências de ensino clínico.

Sentimentos Expressos Perante a Situação Significativa

Quanto aos sentimentos expressos perante a situação significativa descrita, os estudantes revelam um vasto leque de sentimentos experimentados, quer positivos quer negativos (quadros 21 e 22), bem como misto de sentimentos e outros estados cognitivo/emocionais que classificamos como percepções e emoções (quadro 23).

Sentimentos Positivos

Os sentimentos positivos expressos estão bastante relacionados com o sucesso obtido pelo estudante em função da intervenção desenvolvida. No quadro 21 podemos observar vários tipos de sentimento positivos que os estudantes experimentam perante a situação narrada.

Quadro 21: Sentimentos positivos expressos perante a situação

SENTIMENTOS POSITIVOS PERANTE A SITUAÇÃO	
Sentimento de importância	Sentimento de realização
Sentimento de satisfação	Sentimento de bem-estar pessoal
Sentimento de gratificação	Sentimento de felicidade
Sentimento de alegria	Sentimento de alívio
Sentimento de ânimo	Sentimento de maior auto-confiança
Sentimento de admiração	Sentimento de interesse
Sentimento de capacidade	Sentimento de compreensão
Sentimento de orgulho	Fascínio
Sentimento de prazer	Surpresa
Sentimento de utilidade	Contentamento
Sentimento de dever cumprido	Tranquilidade
Sentimento de ser bem sucedida	

Diz-nos um estudante:

“Toda esta situação no seu conjunto, o modo como decorreu a conversa, o contacto que foi estabelecido e o modo como esta senhora se despediu de mim foi algo muito gratificante, que me transmitiu bem-estar, confiança, e vontade de voltar a procurar situações semelhantes que acabam por me realizar de um certo modo. Foi bom sentir que se é capaz de estabelecer tal relação com uma doente, procurando apenas dar um pouco de nós mesmos e estando ali presente, escutando de forma atenta enquanto se segura na sua mão.” [RE1].

Outros estudantes expressam a sua satisfação pelos resultados obtidos a partir da sua intervenção:

“Confesso que me pressenti satisfeita, pois sem se dar conta eu estava a transpor a muralha que nos separava! E a partir daí a senhora transformou-se, adoptou uma postura de total abertura, começando a falar (...). Fiquei profundamente satisfeita por ter conseguido alcançar a sua confiança, ao mesmo tempo que senti o meu esforço para contrariar a sua postura inicial tinha sido recompensado, e o melhor de tudo, tinha conseguido ajudá-la (que era o meu principal objectivo), pressentia que ela estava mais confiante e com a auto-estima reforçada.” [RH4].

“Senti aquele momento como vitorioso e claramente gratificante. Quebrei uma das barreiras que parecia infrangível, impossível de ultrapassar! Aquela distância existente entre mim e aquela criança parecia agora reduzida. A receptividade da V. ao estabelecimento de uma relação de ajuda estava agora mais do que nunca no seu auge. (...)

O facto de num primeiro contacto, a receptividade da V. fosse praticamente nula, faz com que o despoletar na criança de um primeiro sorriso, de uma primeira palavra seja bastante desafiante e quando conseguido é de uma gratificação imensa. Não sei se para quem nunca teve experiências destas é perceptível tamanha glória que é o estabelecimento de um diálogo com estas crianças tidas por mim como muito especiais.” [RJ1].

Sentimentos Negativos

Observa-se uma maior expressividade de sentimentos de natureza negativa quando o estudante narra o modo como experiencia afectivamente a situação considerada significativa para ele (quadro 22).

Quadro 22. Sentimentos negativos expressos perante a situação

SENTIMENTOS NEGATIVOS PERANTE A SITUAÇÃO		
Sentimento de contrariedade	Sentimento de constrangimento	Sentimento de incompetência
Sentimento de indignação	Sentimento de perturbação	Sentimento de não confiança do cliente
Sentimento de inquietação	Sentimento de desespero	Sentimento de inutilidade
Sentimento de receio	Sentimento de atrapalhão	Sentimento de intimidação
Sentimento de tristeza	Sentimento de derrota	Sentimento de ser ignorada
Sentimento de revolta	Sentimento de impotência	Sentimento de vergonha
Sentimento de pena	Sentimento de incapacidade	Sentimento de consternação
Sentimento de frustração	Sentimento de mal-estar	Sentimento de estar a mais
Sentimento de desilusão	Sentimento de desânimo	Sentimento de pequenez
Sentimento de apreensão	Sentimento de pouco à-vontade	Sentimento de ignorância
Sentimento de estar transtornada	Sentimento de autonomia insuficiente	Sentimento de amargura
Sentimento de preocupação	Sentimento de fragilidade	Sentimento de violação da dignidade do cliente
Sentimento de desconforto	Sentimento de lacuna na relação	Sentimento de desolação
Sentimento de dificuldade	Sentimento de inibição	Sentimento de medo (Medo de falhar)
Sentimento de insegurança		
Sentimento de insatisfação		
Sentimento de desagrado		

Os sentimentos negativos expressos vão desde o *sentimento de contrariedade* até ao *sentimento de medo*, neste caso o *medo de falhar*, passando pelos sentimentos de *indignação*, *inquietação*, *receio*, *tristeza*, *revolta* e outros.

Os sentimentos negativos expressos vão desde o *sentimento de contrariedade* até ao *sentimento de medo*, neste caso o *medo de falhar*, passando pelos sentimentos de *indignação*, *inquietação*, *receio*, *tristeza*, *revolta* e outros.

Um estudante, perante a situação com a qual se defronta refere:

“Apesar de toda este empenho, tanto da nossa parte como por parte da Sra. A, haviam ainda obstáculos que deviam ser superados. Mas a ultrapassagem desses obstáculos infelizmente não estava ao meu alcance nem ao alcance dos meus colegas. Um desses obstáculos são as barreiras arquitectónicas, ou seja, as instalações não permitiam às pessoas que possuem dificuldades em caminhar, como é o presente exemplo, o acesso ao exterior. Este facto deixou-me terrivelmente transtornado e triste, pois a Sra. A falou comigo um dia, em tom de confissão, que tinha um forte desejo de ver o sol, não pela janela, como é habitual, mas sim sentindo os raios de sol tocarem na sua pele sensível e recordar-se dessa sensação que a fazia lembrar bons velhos tempos da sua vida. (...). No entanto, com medo de que algo fracassasse, não passei da ideia à prática. Naquele momento, a ideia de não ser bem sucedido; de não avaliar correctamente as condições físicas da Sra. A., de não saber se seria oportuno, naquele momento realizá-lo devido à ausência de informações clínicas, levou-me a sentir um desconhecimento científico na situação em causa, recear essa actuação e sentir que deveria esperar para ouvir outra opinião. Foi o que fiz (...). Toda a circunstância envolvente desencadeou um turbilhão de sensações de receio aliado ao desconhecimento e inexperiência. (...) Acho que naquele momento me deixei levar pelo medo de errar, de causar dano acrescido, devido à Sra. A. ter sofrido um AVC.” [RD4].

Neste excerto narrativo é manifesto o desconforto do estudante, expresso pela variedade de sentimentos narrados, perante as condições do ambiente estrutural que não lhe facilitam a tarefa de apoiar a deambulação de um cliente, com dificuldades nesta área, para o exterior do edifício,

conforme vontade manifestada pelo cliente, aliado ao facto de o estudante se confrontar com o seu desconhecimento acerca de como agir naquela circunstância. Esta faz emergir sentimentos de medo, pelo medo de não fazer correcto, constituindo este um factor inibitório da acção directamente relacionada com o cliente, mas simultaneamente gerador de um estado disposicional para procurar outras opiniões relativas à situação em causa. Este factor é extremamente positivo na construção de um agir sustentado, autónomo e garantindo a segurança do cliente.

Um outro estudante expressa sentimentos negativos face à situação de cuidados, do seguinte modo:

“Ao mesmo tempo que ia realizando os diversos procedimentos necessários ia sempre tentando comunicar com o Sr. X. Mas o facto de eu estar a falar e não obter qualquer resposta era uma situação que me atrapalhava um pouco. (...) Senti receio perante o que pudesse vir a acontecer. A situação era grave, e qualquer pessoa poderia observar isso. Existia um sentimento de derrota, de frustração e de medo... Toda esta situação causava-me um natural desconforto. Houve momentos em que não sabia o que pensar. É uma situação deveras complexa. (...) Sentia-me triste e impotente perante a situação...” [RE2].

Trata-se de uma situação em que o cliente se encontra em estado crítico e perante o qual o estudante experimenta sentimentos vários, quer em relação à sua intervenção junto do cliente, quer em relação à gravidade da situação e o que daí poderia vir a ocorrer, o que deixa o estudante “triste e impotente perante a situação”.

Outros Sentimentos perante a Situação

Perante a situação experienciada os estudantes podem experimentar também misto de sentimentos, como atrás ilustrado, e outros estados cognitivo/emocionais, como são as percepções e emoções percebidas na situação vivida como significativa (quadro 23).

Quadro 23: Misto de sentimentos e outros estados cognitivo/emocionais expressos perante a situação

OUTROS SENTIMENTOS PERANTE A SITUAÇÃO		
Misto de sentimentos		
Outros estados cognitivo / emocionais	Percepções	Percepção de cumplicidade entre mãe e filho Dúvida; Curiosidade; Impressionada; Inexperiência; Estupefacção; Surpresa; Espanto
	Emoções	Emoções ambivalentes

Consideramos “outros estados cognitivo/emocionais” as “percepções”, cuja natureza é de teor mais cognitivo, pois traduz o entendimento; compreensão; concepção; consciência; interpretação ou significado; que o estudante apreende na situação experienciada, traduzindo-se numa representação de coisas situadas no espaço através de simples impressões sensíveis (Cuvillier, 1973).

Considerando o conceito de Cuvillier (1973), é a partir dos estímulos sensoriais e da história de vivências passadas que a função cerebral atribui significados. A percepção diz, então, respeito ao processo através do qual os objectos, pessoas, situações ou acontecimentos reais se tornam conscientes, sendo através da percepção que o ser humano conhece o mundo à sua volta de forma total e complexa. Ela pode ser entendida como produto de vários elementos sensitivos ligados a experiências que o indivíduo tem anteriormente, podendo ser globalmente percebida como sendo aliada às sensações, ou pode ter características tão amplas que se confunde com qualquer processo cognoscitivo¹². Serrano (2000) refere também que a percepção é o processo de descodificar os estímulos que recebemos.

A percepção pode então ser definida como a recepção, por parte do cérebro, da chegada de um estímulo, ou como o processo através do qual um indivíduo selecciona, organiza e interpreta estímulos. Este processo pode ser decomposto em duas fases distintas: a sensação, mecanismo fisiológico através do qual os órgãos sensoriais registam e transmitem os estímulos externos; e a interpretação que permite organizar e dar um significado aos estímulos recebidos.

Percepções

É no sentido de que pela percepção o sujeito se torna consciente das situações ou acontecimentos, que expressões dos estudantes, como: *percepção de cumplicidade entre mãe e filho, dúvida, curiosidade, impressionada, inexperiência, estupefacção, surpresa* ou *espanto* são tidas. Ou seja, referem-se a estados de natureza predominantemente cognitiva que o estudante experimenta perante as diferentes situações narradas. Quanto a este aspecto, são exemplos narrativos:

“Senti uma grande cumplicidade entre ambos, e julgo que é devido a essa ligação que supostamente o menino se aperceberia dos sentimentos da mãe, daí ela os querer encobrir.” [RA2].

“Estaria eu a ser correcta, conseguiria eu transmitir a informação de forma clara. Será que consegui transmitir correctamente a informação se era a primeira vez que eu própria estava a fazer aquilo? Como poderei eu ensinar alguém que já tem tanta experiência?” [RB3].

“A dúvida de como proceder naquele caso foi vivida por mim, e apenas foi expressa aos meus colegas mais tarde que deram a sua opinião, concordando com a minha actuação acerca da ideia de colocar a Sra. A. a caminhar.” [RD4].

“Mais uma vez reforço que esta minha atitude foi fruto da minha inexperiência e de me ter sentido intimidada devido à forma como a senhora me falou.” [RI1].

“Estupefacta por aquela reacção da mãe perante a minha pessoa e a criança, foi como eu fiquei. Nada proferi e refugiei-me voluntariamente no silêncio, na tentativa árdua de encontrar explicação para aquela situação. No meu pensamento, as palavras embora descoordenadas pareciam procurar naquele momento a sua coerência.” [RJ1].

¹² <http://www.coladaweb.com/psicologia/percepcao.htm>, 29/01/08

Emoções

Ainda nesta categoria, classificamos as “emoções”, no sentido em que emoção é um impulso neural que move um organismo para a acção, diferenciando-se do sentimento, porque é um estado psico-fisiológico. O sentimento é a emoção filtrada através dos centros cognitivos do cérebro, especificamente o lobo frontal, produzindo uma mudança fisiológica em acréscimo à mudança psico-fisiológica (Damásio, 2001).

Etimologicamente, a palavra emoção provém do Latim *emotionem*, e significa movimento, comoção, acto de mover” (Costa e Melo, 1977).

A palavra aparece normalmente mostrando a natureza imediata da agitação psico-fisiológica nas pessoas e a forma em que é experimentada, embora do ponto de vista cognitivo, a emoção é “sentida” e sabemos definir o porquê de senti-la.¹³

Fontes (2008), à semelhança de Damásio (2001), refere a emoção como um estado temporário marcado por modificações fisiológicas tratando-se de uma reacção primitiva do organismo, de grande intensidade mas de curta duração, provocada por situações novas ou inesperadas. Damásio (2001) acrescenta que “*as emoções só são desencadeadas após um processo mental de avaliação que é voluntário e não automático*” (p. 145) considerando existir “*emoções primárias*”, enquanto reacções pré-organizadas a determinados estímulos, e “*emoções secundárias*”, enquanto “*representações disposicionais que incorporam conhecimentos relativos à forma como determinados tipos de situações têm sido habitualmente emparceirados com certas respostas emocionais na experiência individual*” (p. 146-151).

Deste modo, identificamos expressões de emoções, umas primárias, outras secundárias, no modo como os estudantes interagem com as situações de cuidados. Passamos a transcrever alguns excertos de natureza emocional experimentados pelos estudantes:

“Todo aquele contexto despertou as minhas emoções e, inevitavelmente, também eu chorei, posicionada em frente à mãe (...)” [RG3].

“Encontrava-me revoltada e sentia uma ambivalência de emoções. Por um lado sabia que era importante ceder uma palavra de conforto à senhora X, pois ela não merece estar assim a sofrer, mas por outro lado o que poderia dizer, se eu própria recrimino e não compreendo a atitude dos seus filhos!” [RH1].

“Agora há distância das horas, reconheço que a intensidade da emoção, compaixão, pena, alegria foram sentimentos por mim vivenciados de forma muito exacerbada.” [RH2].

Está manifesto nestes excertos a natureza emocional vivida por alguns estudantes em contexto de prática de cuidados. Umas emoções são vividas enquanto “emoção primária” que leva “ao choro”, outras são vividas como estados de ambivalência entre as crenças pessoais e o sofrimento expresso pelo cliente, bem como a consciência de intensidade emocional vivida de modo “exacerbado” em determinadas situações.

¹³ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Emo%C3%A7%C3%A3o>.

O processo de nascimento é também tido como uma experiência especial e emocionante, como refere um estudante:

“Assistir a um parto tem vindo a ser para mim algo cada vez mais especial e emocionante.” [R12].

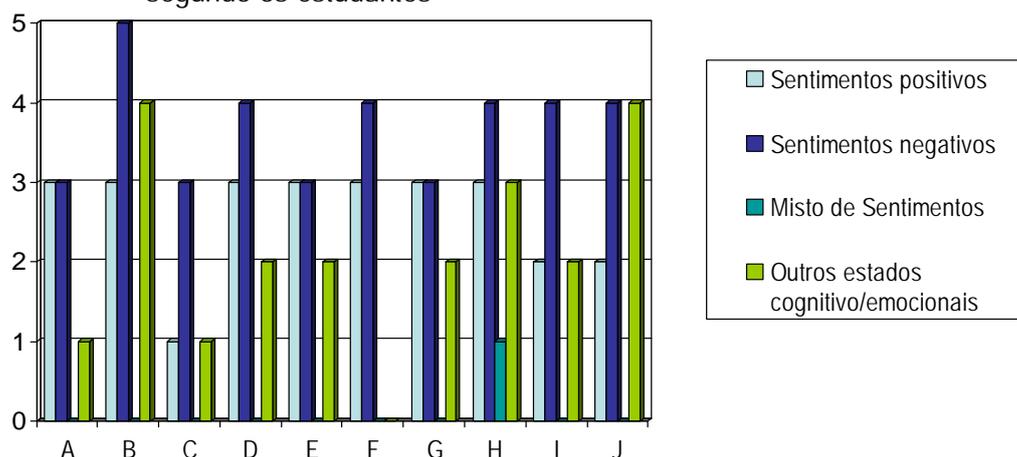
Factores de variabilidade

A análise de factores de variabilidade pessoal e contextual e de continuidade narrativa é realizada pelas matrizes de intersecção entre as categorias identificadas na expressão de sentimentos narrados pelos estudantes perante a situação experienciada.

Variabilidade pessoal nos sentimentos expressos perante a situação

Verificamos pelo gráfico 13 que a distribuição de sentimentos experimentados pelos estudantes é similar para todos eles.

Gráfico 13. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos perante a situação, segundo os estudantes



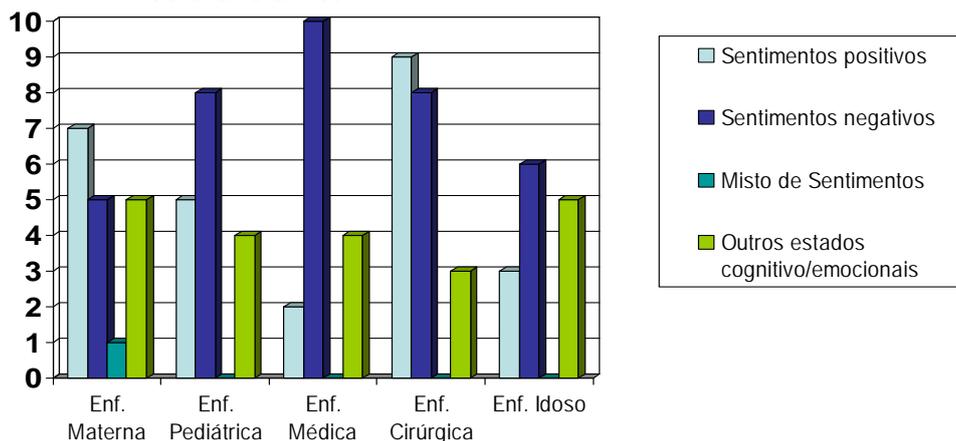
Salienta-se, no entanto, a maior expressividade de sentimentos negativos (37 expressões) em relação à expressão de sentimentos positivos (26 expressões) para a globalidade dos estudantes, bem como alguma expressividade, identicamente distribuída pelos estudantes, de “outros estados cognitivo/emocionais, à excepção do estudante F, que apenas expressa sentimentos negativos, estes de modo mais pregnante, e sentimentos positivos perante a situação significativa narrada.

Estes dados fazem crer que, no que respeita aos modos de interacção afectiva com as situações narradas, os estudantes não se diferenciam pela sua singularidade e subjectividade sentimental. Parece antes, e de acordo com Johns (2004), que as experiências narradas envolveram fortes sentimentos para todos os estudantes e por isso são objecto de reflexão.

Variabilidade contextual nos sentimentos expressos perante a situação

Considerando a distribuição de sentimentos segundo a área de ensino clínico na qual os estudantes realizaram as narrativas reflexivas, (gráfico 14) aqueles têm uma distribuição idêntica, à excepção da área de enfermagem médica na qual a grande expressividade sentimental é de natureza negativa.

Gráfico 14. Distribuição de sentimentos perante a situação, segundo a área de ensino clínico

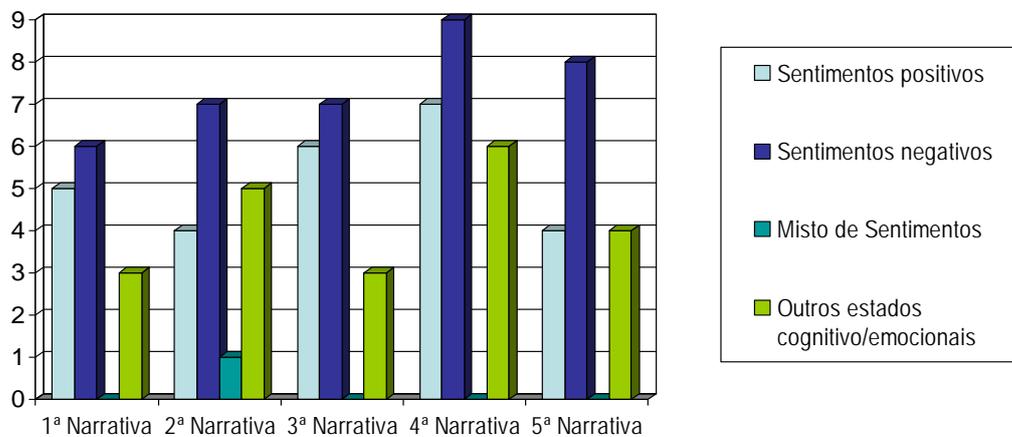


Globalmente consideradas as áreas de ensino clínico, verifica-se maior predominância de sentimentos negativos. Apenas nas áreas de enfermagem materna e de enfermagem cirúrgica se denota uma maior expressividade de sentimentos positivos, embora com uma curta diferença em relação à expressão de sentimentos negativos, nestas áreas de ensino clínico. Na nossa perspectiva, estes resultados poderão ser compreendidos pela natureza peculiar que cada uma das áreas de ensino clínico comporta. Nas áreas de enfermagem pediátrica e de enfermagem médica encontramos clientes em situação de doença, neste caso, de alguma gravidade e complexidade, pois que se tratam de áreas adstritas a hospitais centrais, e talvez por isso os estudantes experimentem afectivamente estados de algum desprazer e conflito em relação aos seus saberes teóricos e experienciais disponíveis para fazer face a tais situações. Já nas outras áreas, menos complexas do ponto de vista de gravidade das situações dos clientes, os estudantes vivenciarão situações geradoras de maior satisfação pessoal, quer pelo processo interactivo com os clientes, quer pela menor complexidade organizacional e tecnológica que aquelas áreas comportam.

Variabilidade na continuidade narrativa nos sentimentos expressos perante a situação

Quanto à continuidade narrativa, na expressão de sentimentos, perante a situação considerada significativa para os estudantes, verifica-se uma certa tendência na expressão de sentimentos negativos à medida que evolui a experiência narrativa dos estudantes (gráfico 15).

Gráfico 15. Distribuição de sentimentos expressos perante a situação, segundo a narrativa



Os sentimentos negativos são claramente predominantes em relação às restantes expressões psico-afectivas em todas as narrativas e “outros estados cognitivo/emocionais” parece acompanhar a tendência distributiva dos sentimentos de natureza negativa expressos.

Como já referido, e de acordo com a perspectiva de Johns (2004) este resultado pode indiciar um maior envolvimento do estudante com as situações, que as considera significativas para a realização da narrativa reflexiva, mas cujas marcas sentimentais sejam mais fortes, as de natureza negativa, o que nos permitiria compreender a tendência indiciada pela distribuição dos sentimentos expressos na continuidade narrativa.

Sentimentos expressos Após a Análise da Situação

Após a análise da situação, os estudantes continuam a expressar sentimentos positivos (quadro 24), negativos (quadro 25) e outros estados cognitivo/emocionais (quadro 26).

Quadro 24: Sentimentos positivos após a análise da situação

SENTIMENTOS POSITIVOS APÓS A ANÁLISE DA SITUAÇÃO	
Sentimento de gratificação	Sentimento de enriquecimento pessoal
Sentimento de utilidade	Sentimento de adequação
Sentimento de confiança em si própria	Sentimento de construção de capacidades
Sentimento de orgulho	Sentimento de desenvolvimento pessoal
Sentimento de importância	Sentimento de desenvolvimento de capacidades
Sentimento de bem-estar	Sentimento de desenvolvimento profissional
Sentimento de realização	Sentimento de ter sido bem-sucedida
Sentimento de felicidade	Sentimento de capacidade de enfrentamento no futuro
Sentimento de segurança	
Sentimento de contentamento	
Sentimento de tranquilidade	
Sentimento de coragem	
Sentimento de não indiferença	

No entanto, agora constatamos a inversão na expressividade narrativa dos sentimentos e de outros estados afectivos. Os sentimentos experimentados pelo estudante perante a situação, no anterior subcapítulo apresentados, eram predominantemente negativos, adquirindo agora menor expressividade em favor da expressão de sentimentos de natureza positiva.

Sentimentos Positivos

A aquisição e construção de conhecimento pela realização da narrativa terão um grande contributo para a mudança expressa pelo estudante no estado afectivo com que encara agora as situações clínicas. O exaltamento da descoberta do seu crescimento pessoal e profissional, a percepção de que é natural perante determinadas situações a ocorrência de certos sentimentos, bem como a percepção de surpresa positiva e de desafio após a análise das situações contribuirão para o modo como os estudantes fazem a gestão dos seus sentimentos em contexto de práticas clínicas (Heron, 2005).

Os sentimentos de *contrariedade, inquietação, receio, tristeza, frustração, apreensão, dificuldade, insegurança, desespero, impotência, autonomia insuficiente, fragilidade, incompetência, vergonha, ignorância* e tantos outros experimentados perante a situação, são agora substituídos por sentimentos de *gratificação, utilidade, confiança em si próprio, orgulho, realização, tranquilidade, enriquecimento pessoal, construção e desenvolvimento de capacidades, desenvolvimento pessoal e profissional*, bem como o sentimento de *capacidade de enfrentamento no futuro*.

Dessa mudança, após a análise da situação nos dá conta um estudante, que refere:

“No meio desta situação o que me deixa mais contente com tudo isto é perceber que no final acabei por tomara decisão certa. (...) Não quis arriscar e penso que procedi correctamente, fico orgulhosa comigo e no fundo considero que não poderia ter agido de outra forma... (...) Agora já me sinto bem mais tranquila e confiante nas minhas capacidades e conhecimentos, (...) Quando se chega ao fim de determinada “etapa”, seja ela qual for, e se recebe de volta um simples olhar enternecido, é sinal que a nossa acção teve os seus frutos, e sinto-me feliz por tal ter acontecido comigo.” [RB5].

Outro estudante assinala também o contributo da realização da reflexão para o seu desenvolvimento e aprendizagem de como agir perante situações similares, do seguinte modo:

“ (...) esta situação suscitou em mim uma grande reflexão e neste momento interpreto a mesma como um factor que contribuiu para o meu desenvolvimento e para a minha aprendizagem, pelo facto de que quando visionar no utente, que se encontra a meu cargo, alguma diferença quer em termos de posicionamento quer em outro tipo de factor, irei questionar de imediato aos meus colegas e profissionais de saúde quem realizou tal acção e quais as características da mesma. (...) Neste momento sinto-me enriquecida e com força para continuar a lutar para a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem, força esta conseguida quer por mim própria como pela situação passada que me fez agir e interpretar os factos de outra forma.” [RF1].

Neste excerto é também notório a noção que o estudante tem, de que consegue (agora) interpretar os factos de outra forma, tornando evidente a importância da aprendizagem auto-dirigida. Higgs (2005) dá-nos conta disso mesmo ao assinalar a utilidade do planeamento de estratégias de aprendizagem experiencial promotoras da autonomia do estudante na sua aprendizagem. Deste modo, o estudante desenvolve uma maior compreensão das suas próprias capacidades, desenvolve essas mesmas capacidades, bem como se torna mais activo e responsável.

Outros estudantes expressam o desafio e gratificação que constitui cuidar de crianças com doença oncológica, como refere um estudante:

“(...) o despoletar de um simples sorriso é de uma gratificação imensa, que a quem nunca a sentiu faltará sempre a imaginação para a vislumbrar. Com elas cresci ... e (...) É desafiante e gratificante para alguém ter a oportunidade de lidar com crianças que vivem a realidade da oncologia! São lições de vida e ensinamentos de um enriquecimento pessoal imenso!” [RJ1].

A gratificação pessoal ao perceber que a sua acção fez a diferença no modo como o cliente passou a sentir-se após a sua acção é descrita por um outro estudante:

“Foi muito gratificante sentir que o meu comportamento/atitude estava a ajudar a jovem J., a sentir-se melhor com ela própria e a satisfazer as suas necessidades. Esta situação para mim foi muito importante, pois não há nada melhor do que vermos que conseguimos reduzir um pouco a ansiedade da doente. Senti que o meu apoio estava a surtir efeito.” [R13].

Ainda, a tomada de consciência de desenvolvimento de competências, bem como de desenvolvimento pessoal, é referido por um estudante na sua primeira narrativa, quando expressa que se sente “mais enfermeira” após a realização da análise da situação, como a seguir transcrevemos:

“Desenvolvi competências técnicas, relacionais e científicas e senti um desenvolvimento enquanto pessoa, através do evoluir da minha capacidade de compreensão, escuta, tolerância, respeito entre outras, que de algum modo vão influenciar significativamente os meus próximos estágios, assim como, toda a minha vida futura! (...) Posso afirmar que me sinto “mais” enfermeira, isto é, existe em mim uma maior atenção para com o outro, um querer cuidar em constante evolução, no sentido de promover o melhor bem-estar possível do idoso, proporcionando na medida do possível a qualidade de vida tão necessária nesta etapa da vida.” [RH1].

Expressões manifestadas por este estudante de “existe em mim uma maior atenção para com o outro”; “um querer cuidar em constante evolução” são comportamentos assinalados por Johns (2004) no desenvolvimento de práticas de reflexão dos estudantes em contexto de práticas clínicas.

Sentimentos Negativos

Os estudantes, embora com menor pregnância, expressam ainda sentimentos negativos (quadro 25) que resistem à análise reflexiva da situação considerada significativa.

Quadro 25: Sentimentos negativos após a análise da situação

SENTIMENTOS NEGATIVOS APÓS A ANÁLISE DA SITUAÇÃO	
Sentimento de pesar	Sentimento de angústia
Sentimento de insegurança	Sentimento de derrota
Sentimento de constrangimento	Sentimento de violação da ética profissional
Sentimento de tristeza	

São essencialmente sentimentos de pesar, por ter constatado que efectivamente não agiu da melhor forma na situação, como nos expressa um estudante:

“(...) naquele dia não procedi da melhor forma. Acho que neste caso quando temos uma pessoa doente a quem prestamos cuidados temos de pensar muito mais nesse doente, pois se eu fiquei incomodada e nauseada, o que será que a doente estava a sentir naquele momento, provavelmente bastantes dores, bastante desconforto, ou seja deve-se ter sentido muito pior que eu. Dado isto ter acontecido só me resta deixar um sentimento de pesar relativamente à minha pessoa, pois fui muito incorrecta em pensamentos principalmente nestes, porque as náuseas são uma questão fisiológica que não conseguiria fugir.” [RC4].

São sentimentos de insegurança residuais pelo não domínio técnico-científico para a realização de determinado tipo de intervenções:

“Todavia, permanece ainda como um objectivo por alcançar a concretização de intervenções não invasivas no alívio da dor apesar do seu conhecimento, o que pode ser justificado pela minha insegurança e falta de autonomia para realizar acções desta natureza por iniciativa própria.” [RG1].

É o pensamento de natureza existencial que os estudantes se colocam perante os cuidados a clientes com problemas oncológicos, que vivem estas situações com algum sentimento de “derrota”:

“Ainda hoje, não sabendo porquê ou talvez sabendo, me defronto nos confins do meu pensamento com toda aquela situação imbuída de panóplias de pensamentos, emoções etc. Sempre que o faço, urgem sempre questões. O facto de me parecer, que existem sempre questões que permanecem sem resposta, desencadeia em mim algum constrangimento (...) Em oncologia as emoções e sentimentos ganham uma maior intensidade. A tristeza e sofrimento são vividos por nós que cuidamos, como uma derrota, como o desabar de um mundo aos nossos pés.” [RJ1].

Outros estados cognitivo / emocionais

Além dos sentimentos de natureza positiva e negativa expressos pelos estudantes após a análise da situação, “Outros Estados Cognitivo/Emocionais” são referidos (quadro 26).

Quadro 26: Outros estados cognitivo/emocionais após a análise da situação

OUTROS ESTADOS COGNITIVO/EMOCIONAIS APÓS A ANÁLISE DA SITUAÇÃO		
Outros estados cognitivo/emocionais	Percepção de sentimentos naturais na situação	
	Percepção de crescimento	Pessoal Profissional
	Percepção de desafio Sentimento de incerteza Desejo adiado Sentimento existencial Surpresa positiva	

São principalmente percepções tidas pelos estudantes quanto aos sentimentos experimentados em determinadas situações, que os consideram agora “naturais”, como refere um estudante:

“ (...) sinto que os meus sentimentos de medo, frustração, impotência, tristeza e ansiedade, são naturais no dia a dia dos cuidados e que não os devo esconder ou negar, mas sim aceitá-los e aprender a crescer e a desenvolver-me a partir deles. Assim, estes sentimentos tornam-se um contributo para o meu crescimento como enfermeira e como ser humano. (...) Concluindo, penso que esta situação contribui para o meu crescimento enquanto estagiária e enquanto futura profissional.” [R14].

É a percepção de desafio que agora é percebido nas situações mais dolorosas para o cliente e suas famílias, como o são as situações de natureza oncológica em pediatria:

“Quanto mais conheço a grandiosidade de todo este mundo e das crianças que nele habitam, parece que a minha fascinação cresce. É um mundo diferente, são crianças diferentes...É desafiante e gratificante para alguém ter a oportunidade de lidar com crianças que vivem a realidade da oncologia! São lições de vida e ensinamentos de um enriquecimento pessoal imenso! (...) Por mais experiências e aprendizagens que adquira na vida, nunca vou saber na totalidade como agir perante uma determinada situação, até porque não existem momentos, nem crianças iguais. Temos que encarar cada uma na sua individualidade, como sendo portadora dos seus próprios sentimentos e emoções!” [RJ1].

A tomada de consciência de que se podem transformar situações experienciais “pobres em experiências” em oportunidades de aprendizagem pela reflexão é relatada por um estudante.

“Sinto o meu desejo adiado, todavia tenho consciência que poderá de alguma forma ser benéfico para mim. Isto porque se a circunstância se desenrolasse de acordo com as minhas expectativas, talvez não tivesse tempo para saborear esse desejo, sendo-me negado o direito de sonhar. Quero com isto dizer que por vezes é importante nos depararmos com estas pequenas frustrações para conseguirmos lidar com elas futuramente, podendo ver negado o imediatismo das coisas!” [RJ3].

Os “outros estados cognitivo/emocionais” apresentados são na sua maioria referentes a estados psico-afectivos de natureza positiva, como vimos pelas expressões narrativas anteriores, no sentido de “desafio”, “crescimento” e possibilidade de aprendizagem na moratória imposta pelas circunstâncias de natureza contextual.

Parece-nos, então, poder mais uma vez afirmar a relevância de o estudante realizar narrativas reflexivas em contexto experiencial, pela possibilidade que encerra de os ajudar a reconstruir o modo como sentem as situações, passando a conferir-lhes um outro sentido e valor, aspectos

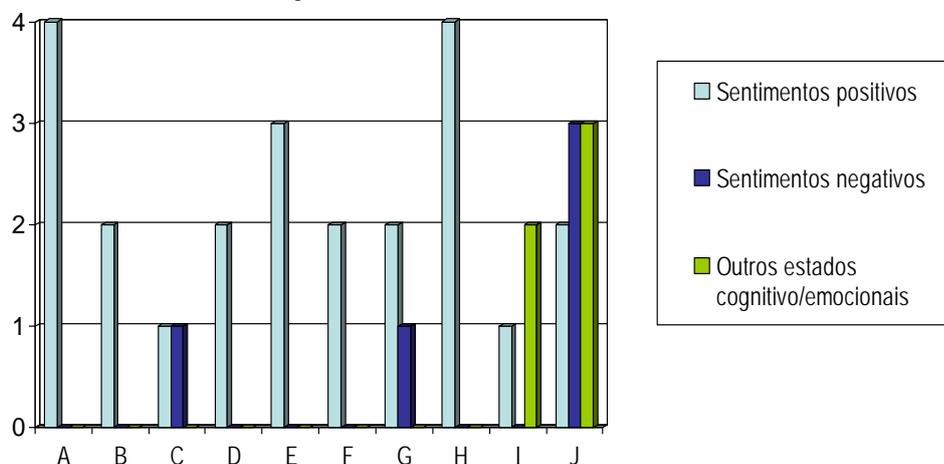
estes também referidos, por exemplo, por Newton, 2000; Jonhs, 2004; Jonhs e Freshwater, 2005; Bulman e Schutz, 2005.

Factores de variabilidade

Variabilidade pessoal nos sentimentos expressos após a análise da situação

Analisando a distribuição dos sentimentos expressos após a análise da situação segundo os estudantes, verificámos que a maior expressividade global era de sentimentos positivos, (gráfico15). Também aqui a a maior expressividade é de sentimentos positivos, embora se denote alguma variabilidade entre os estudantes (gráfico 16).

Gráfico 16. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos após a análise da situação, segundo os estudantes



Três estudantes expressam sentimentos negativos e dois deles, I e J, expressam outros estados cognitivo emocional, que, como vimos no quadro 22, são estados de natureza mais positiva do que negativa. Os restantes expressam unicamente sentimentos de natureza positiva o que contrasta notoriamente com a distribuição de sentimentos expressos pelos estudantes perante a situação.

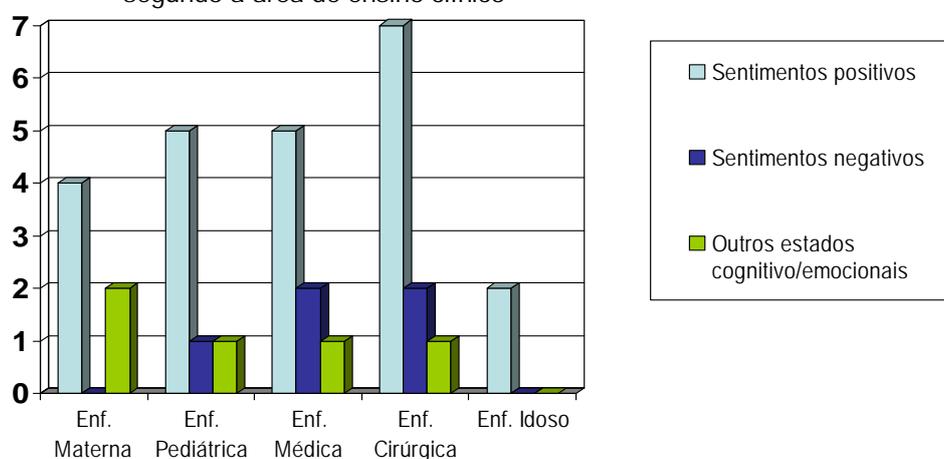
A mudança observada na expressão de sentimentos após a reflexão sobre as situações é também documentada por Sól (2004) que refere que os participantes no seu estudo relataram que a reflexão os ajudou a perceber o que deu certo e o que precisa ser melhorado nas suas práticas, possibilitando também a visualização de uma prática mais ajustada e fundamentada. Higgs (2005) também verificou a existência de variabilidade pessoal na capacidade do estudante aprender de modo autónomo, nomeadamente na atitude do estudante para com aquele tipo de aprendizagem, que varia entre uma atitude mais positiva, e neste caso os estudantes mostraram-se mais capazes para aprender de modo autónomo, enquanto que estudantes cuja atitude em relação a este tipo de estratégias era mais do tipo “*faço isto, porque tenho que o fazer para passar*” (p. 43) não evidenciaram mudanças comportamentais assinaláveis face à sua própria aprendizagem. Embora

nesta investigação não tenha sido analisada a atitude do estudante face à sua aprendizagem, e este elemento não possa ser considerado, observa-se no entanto variabilidade pessoal na expressão de sentimentos na construção narrativa.

Variabilidade contextual nos sentimentos expressos após a análise da situação

Quanto à distribuição de sentimentos segundo a área de ensino clínico, observa-se no gráfico 17 a maior expressividade de sentimentos positivos em todas as áreas de ensino clínico, sendo aquela mais evidente na área de enfermagem cirúrgica.

Gráfico 17. Distribuição do tipo de sentimentos após a análise da situação, segundo a área de ensino clínico

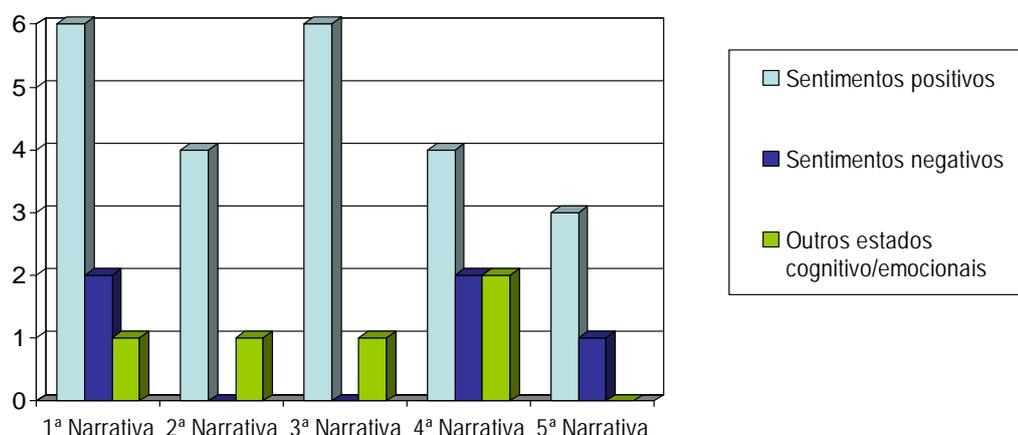


Se consideramos a distribuição de sentimentos perante a situação atrás expressa, verificamos que existem grandes mudanças quanto ao factor contextual na expressividade narrativa de sentimentos nas diferentes áreas de ensino clínico. Perante a situação, a distribuição de sentimentos era predominantemente negativa, enquanto que após a análise da situação passa a ser prevalente a expressão de sentimentos positivos nas diferentes áreas de ensino clínico, mantendo-se no entanto uma expressão residual de sentimentos negativos nas áreas de enfermagem pediátrica, médica e cirúrgica.

Variabilidade na continuidade narrativa nos sentimentos expressos após a análise da situação

Considerando a continuidade narrativa na distribuição de sentimentos após a análise da situação, aqueles são predominantemente positivos em todas as narrativas (gráfico 18), observando-se uma certa tendência para a sua diminuição à medida que os estudantes realizam mais narrativas e um ligeiro aumento na expressão de outros estados cognitivo/emocionais nas últimas narrativas.

Gráfico 18. Distribuição do tipo de sentimentos expressos após a análise da situação, segundo a narrativa



Deste modo, como poderá ser interpretada a continuidade narrativa quanto à sua relação com a expressão de sentimentos após a análise das situações significativas realizadas pelos estudantes? Talvez o facto de os estudantes terem mais dificuldade na selecção de situações significativas à medida que vão realizando mais narrativas, talvez porque são mais as situações às quais eles atribuem significado, poderão seleccionar situações mais dilemáticas e complexas e por isso a tendência observada na dificuldade em construir percepções significativas mais positivas após a análise das situações.

2.2. INTERACÇÃO COGNITIVA: NÍVEIS DE PENSAMENTO EXPRESSO PELOS ESTUDANTES

Na análise das narrativas dos estudantes foram identificados diferentes tipos discursivos, expressivos da interacção cognitiva com as situações significativas narradas, que nos permitiram deduzir níveis de pensamento diversos.

De acordo com Wikipédia (2007)¹⁴ o pensamento é um processo mental que permite aos seres humanos modelizarem o mundo e com isso lidar com ele de uma forma efectiva e de acordo com suas metas, planos e desejos.

Na perspectiva de modelização do mundo pelo nosso pensamento, Paul e Elder (2002) assinalam que a mudança e complexidade acelerada que se observa na “*complexidade do mundo em mudança*” exige uma pensamento “*mais complexo, mais adaptável e mais sensível a pontos de vista divergentes*” (p. 1). Para estes autores, os critérios “*clareza, pertinência, relevância, lógica, amplitude, precisão, significância, completude, justiça (fairness) e profundidade*” devem ser aplicados aos elementos “*propósitos, questões, pontos de vista, informação, inferências,*

¹⁴ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Pensamento>

conceitos, implicações e assumpções” para aprender a desenvolver qualidades intelectuais de “*humildade, autonomia, integridade, coragem, perseverança, auto-confiança, empatia intelectual e abertura de espírito*” (p.66).

Os autores acrescentam que os “*elementos do raciocínio*” (p. 67) constituem as estruturas universais do pensamento, sendo aquelas, dimensões essenciais do raciocínio que estão presentes e em qualquer lugar em que ocorra o pensamento. Incluem “*propósito*”, no sentido de que qualquer coisa que pensemos, pensámo-lo com uma intenção, um “*ponto de vista*”, é “*baseado em assunções*”, tem “*implicações e consequências relacionadas*”, é contextualmente usado para “*fazer inferências e julgamentos*” e “*baseado em conceitos e teorias para responder a questões ou resolver problemas*” (*ibidem*, p. 68).

Na perspectiva de Dewey, (1991), pensamentos são operações nas quais os factos presentes sugerem outros factos (ou verdades) de modo a induzir crenças no desenvolvimento posterior ou desejos do sujeito.

Smith (1994) considera que “*o pensamento é acção, manifesta ou imaginada*”, afirmando que “*pensar é aquilo que o cérebro faz*” pelo que “*o pensamento é o modo como o cérebro dispõe os nossos afazeres diários, o modo como lidamos com as coisas*” (Smith, 1994: 21-31). Deste modo, podemos afirmar que o pensamento é fundamental no processo de aprendizagem, bem como é constructo e construtivo do próprio conhecimento.

Nesta linha de entendimento, Barth (1996) considera que o pensamento é simultaneamente processo e produto. Processo enquanto modo de aprender e produto enquanto saber construído, referindo que “*o modo de aprender é tão importante como aquilo que se aprende, pois influencia de maneira decisiva a qualidade dos conhecimentos adquiridos e o próprio pensamento. O objecto do pensamento, o saber, não é dissociável do processo que leva à sua aquisição*” (*ibidem*, p.23). O pensamento é, então, a faculdade de formular conceitos, para os quais a actividade psíquica elabora os fenómenos cognitivos, imaginativos e planeados, sendo que cognição é definida como a função que envolve inferências acerca das nossas próprias experiências e acerca da ocorrência e controlo de eventos futuros (Salkovskis, 1996).

Barth (1996) considera, ainda, que quando o sujeito se vê frente a novas situações, cuja complexidade pode ser variável e para as quais não encontra esquemas de resposta pré-montados ou pré-estruturados pela aprendizagem, é designado o *período de convergência do pensamento*, em que o indivíduo elabora e constrói respostas não instintivas.

Considerando as concepções do *The Unicist Research Institute*¹⁵, o pensamento é inteligência aplicada, que tem por função guiar a adaptação activa do indivíduo ao meio, desenvolvendo-se predominantemente o tipo de pensamento que o meio requer.

Neste Instituto é defendido que no desenvolvimento do pensamento existem alguns conceitos básicos que devem ser tidos em conta:

- a) *O nível do pensamento tem um freio no modelo de identificação que teve uma pessoa*

¹⁵ *The Unicist Research Institute*, disponível em http://www.unicist.org/br/papers/ontology_thought_br.pdf

- b) *O nível de pensamento desenvolve-se em função da exposição do indivíduo à realidade*
- c) *Uma mudança na realidade estimula uma mudança no modelo de pensamento*
- d) *Uma mudança no nível de pensamento implica uma modificação na personalidade do indivíduo, a partir da forma em que resolve os problemas que a realidade lhe apresenta.*

Naquele centro de investigação afirma-se poder determinar-se que as dualidades com que o homem se aproxima da realidade são duas: por um lado, fá-lo de um modo lógico hierárquico ou de um modo lógico relacional. O primeiro é relativo à procura de segurança, já que a sua estrutura o impede de erros de análise. O segundo, por sua vez, está relacionado com o pensamento sintético, como a indução, onde tudo é relacionável e implica a busca da liberdade.

A integração destas duas dualidades define quatro conjuntos de pensamentos diferentes: *pensamento operativo, funcional (analítico), científico e conceptual. (The Unicist Research Institute).*

O pensamento operativo está relacionado com a acção orientada para os factos e sustenta-se no pensamento sintético (lógica relacional), dentro das condições de pensamento dual (o correcto *versus* o incorrecto).

O pensamento funcional ou analítico está relacionado com as acções guiadas pelas ideias. Implica lógica hierárquica em termos de análise, ou seja “*a dualização da realidade até onde for possível*” (Descartes citado por *The Unicist Research Institute*).

O pensamento científico está relacionado com a acção orientada para a compreensão da realidade na sua estrutura, utilizando fundamentalmente a lógica hierárquica, mas em termos de pensamento integrador (onde a realidade é uma só). O pensamento científico é aquele que perante um problema da realidade relaciona várias ciências para encontrar a solução.

Já o pensamento conceptual está relacionado com a acção orientada para a compreensão da realidade na sua essência, utilizando a lógica relacional e o pensamento sintético, numa perspectiva de integração da realidade. A pessoa que utiliza o pensamento conceptual procura, através de abstracções, evitar o conflito com o sintoma ou com o facto da realidade. Procura a relativização do mesmo através da sua inclusão dentro de princípios ou leis naturais (*The Unicist Research Institute*).

De acordo com o *mesmo Instituto*, o *pensamento unicista* consiste na integração daqueles quatro tipos de pensamento. Cada indivíduo tem um ou outro tipo de pensamento no qual é particularmente forte, podendo utilizar estratégias de valor acrescentado a partir da integração dos outros tipos de pensamento ao seu tipo de pensamento natural. É também considerado que o sujeito utiliza sempre o tipo de pensamento que melhor se ajuste para enfrentar a realidade. Somente o fracasso das experiências permite aos indivíduos procurar novas formas para encontrar soluções, evoluindo assim no seu próprio nível de pensamento. Se o fracasso, em compensação, não puder ser assimilado, o nível de pensamento degrada-se.

Já Gaspar (2007) assinala outros diferentes tipos de pensamento: o *pensamento simbólico*, enquanto processo de representação mental na qual o indivíduo analisa um determinado modelo concreto e a partir dele formula estratégias para a solução de um problema e o *pensamento*

sistémico, visto enquanto forma de abordagem da realidade que não nega a racionalidade científica, mas acredita que ela não oferece parâmetros suficientes para o desenvolvimento humano, e por isso deve ser desenvolvida conjuntamente com a subjectividade das artes e das diversas tradições espirituais. Este tipo de pensamento é visto como componente do paradigma emergente, que assenta no *pressuposto da simplicidade*; no *pressuposto da estabilidade* e *pressuposto da objectividade*.

O pressuposto da *simplicidade* baseia-se na *crença* de que, separando-se o mundo complexo em partes, encontram-se elementos simples, em que é preciso separar as partes para entender o todo. Gaspar (2007) acrescenta que o pressuposto da simplicidade tira o objecto de estudo dos seus contextos, prejudicando a compreensão das relações entre o objecto e o todo. Daí decorrem, entre outras coisas, a atitude de análise e a busca de relações causais lineares.

O pressuposto da *estabilidade* sustenta-se na crença de que o mundo é estável, ou seja, em que o "mundo já é". Ligados a esse pressuposto estão a crença na determinação - com a consequente previsibilidade dos fenómenos - e a crença na reversibilidade - com a consequente controlabilidade dos fenómenos.

O pressuposto da *objectividade* apoia-se na *crença* de que "é possível conhecer objectivamente o mundo tal como ele é na realidade" e a exigência da objectividade como critério de cientificidade. Daí decorrem os esforços para colocar entre parênteses a subjectividade do cientista, para atingir o universo, ou versão única do conhecimento. No pressuposto da objectividade o cientista posiciona-se "fora da natureza", em posição privilegiada, com uma visão abrangente, procurando discriminar o objectivo do ilusório (as suas próprias opiniões ou subjectividade).

Kaplan citado por Gaspar (2007) considera que o pensamento sistémico inclui a interdisciplinaridade e o pensamento intuitivo, que será, provavelmente, uma condensação de uma ou mais linhas de pensamento racional num único momento, no qual a mente reúne rapidamente uma gama de conhecimentos e passa para a conclusão, que é a parte do processo que ele recorda. Muitas vezes, a intuição condensa anos de experiência e de aprendizagem num "*clarão instantâneo*" (Gaspar, 2007).

Dewey (1991) defende a existência de quatro sentidos do pensamento que variam em função de uma perspectiva mais vasta até uma mais limitada. Em primeiro lugar, o pensamento é usado em sentido lato, para se referir a qualquer coisa que vem à cabeça; em segundo lugar, o pensamento é usado em sentido restrito, no sentido em que pensamos somente nas coisas que não nos são directamente acessíveis pelos sentidos; em terceiro, o significado do pensamento está limitado e profundamente enraizado nas crenças, sendo que neste terceiro sentido Dewey estabelece dois graus de pensamento: o pensamento centrado na crença aceite e o pensamento deliberado para na análise da crença que o suporta. Trata-se, neste caso do pensamento reflexivo.

Na linha de pensamento de Dewey, considerando as perspectivas antes apontadas e a partir da análise das codificações realizadas às unidades de significação expressas pelos estudantes

nas suas narrativas, inferimos três níveis de pensamento expresso pelos estudantes: o *pensamento de senso comum*, o *pensamento crítico* e o *pensamento metacognitivo* também designado *reflexivo* (quadro 27).

Quadro 27: Níveis de pensamento expressos pelos estudantes

NÍVEIS DE PENSAMENTO	Pensamento de senso comum Pensamento crítico Pensamento metacognitivo /reflexivo
----------------------	--

Consideramos níveis de pensamento os diferentes discursos de pensamento expressos pelos estudantes no decorrer da descrição das situações de cuidados que vivenciam e a análise que a seguir realizam.

O *pensamento de senso comum* é tido como qualquer actividade mental que ocorre independente da vontade, podendo não ser consciente, bem como um conjunto de concepções geralmente aceites como verdadeiras em determinado meio social (Francelin, 2004). Na perspectiva de Santos (1993), este pensamento tem uma dimensão utópica e libertadora que pode ser ampliada através do diálogo com o conhecimento científico, considerando-o “*o menor denominador comum daquilo em que um grupo ou um povo colectivamente acredita*” tendo, por isso, “*uma vocação solidarista e transclassista*”. “*O senso comum é o modo como os grupos ou classes subordinados vivem a sua subordinação*” mas “*essa vivência (...) longe de ser meramente acomodaticia, contém sentidos de resistência que, dadas as condições, podem desenvolver-se e transformar-se em armas de luta*” (*ibidem*, p. 14) “*O senso comum faz coincidir causa e intenção; subjaz-lhe uma visão do mundo assente na acção e no princípio da criatividade e das responsabilidades individuais. O senso comum é prático e pragmático; reproduz-se colado às trajectórias e às experiências de vida de um dado grupo social e nessa correspondência afirma-se com confiança e dá segurança*” (Santos, 1993).

Quanto ao *pensamento crítico*, este é entendido enquanto cognição ou trabalho intelectual da consciência que envolve raciocínio e auto-disciplina usando habilidades específicas (Paul, 1993 citado por Kuiper e Pesut, 2004). Watson e Glaser, (1964) citados por Kuiper e Pesut (2004) consideram-no enquanto conjunto de atitudes que capacitam a pessoa para reconhecer problemas, investigar a evidência para apoiar a verdade e determinar com precisão a lógica da evidência. Compreende habilidades relacionadas com a capacidade de activar e aplicar as atitudes e conhecimento apropriado, sendo um julgamento intencional e auto-regulado que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência bem como na explanação de evidências conceptuais, metodológicas, criteriológicas ou contextuais nas quais o julgamento é baseado (Facione, 1990 citada por Kuiper e Pesut, 2004). Wallace, (1996) citado por Kuiper e Pesut (2004) acrescenta que os pensamentos e emoções são aspectos inerentes do pensamento crítico.

O *pensamento metacognitivo /reflexivo* consiste na capacidade de olhar o próprio saber a fim de aprofundar a sua construção (Barth, 1996). O termo metacognição refere-se à cognição acerca da cognição ou de um conhecimento pessoal, compreensão e consciência do processo cognitivo

ou actividade mental que o sujeito realiza a si próprio (Merluzzi e Carr, 1992). Estes autores consideram, ainda, que do ponto de vista cognitivo, as habilidades metacognitivas do indivíduo determinarão em grande medida o nível de funcionamento normal, bem como a capacidade individual para compreender e monitorizar o seu processo cognitivo e produtos resultantes desse processo.

Flavell's (1979), citado por Merluzzi e Carr (1992), distingue conhecimento metacognitivo, de natureza declarativa e procedural, e experiência metacognitiva, enquanto pensamentos, julgamentos e sentimentos presentes na actividade mental. O conhecimento metacognitivo inclui a compreensão dos seus próprios recursos e habilidades cognitivas, bem como uma base para compreender o mundo social do eu e dos outros, assim como o mundo físico dos objectos. O autor, no dizer de Merluzzi e Carr (1992), considera que aquele aspecto da "*metacognição pode fornecer a base para a auto reflexão e auto-análise, mas a metacognição experiencial é necessária para qualquer alteração no conhecimento*" (p. 95). A metacognição experiencial pode aumentar a consciência de si e invoca o conhecimento metacognitivo.

Os autores acima mencionados referem Yussen (1985) que inclui no conhecimento metacognitivo: "i) a tarefa, ou o conhecimento das influências no desempenho; ii) o eu, ou o conhecimento das suas próprias habilidades e capacidades; iii) as estratégias, ou o valor de várias estratégias; e iv) as interacções, ou o conhecimento de como outras classes interagem" (Merluzzi e Carr, 1992: 95).

Na perspectiva de Dewey (1991), o pensamento metacognitivo ou reflexivo resulta, no questionamento consciencioso quanto à natureza, condições e fundamento de uma crença. Este pensamento prescreve para o sujeito acções concordantes com a sua concepção dos objectos. É um pensamento no sentido eulógico e enfático que produz conclusões racionais. É marcado pelo estudo dos factos, pela inspecção e revisão da evidência, trabalhando a implicação das várias hipóteses e comparando os resultados teóricos com outros factos conhecidos. Dewey acrescenta, ainda, que o pensamento reflexivo é activo, persistente e considera cuidadosamente as crenças ou formas de conhecimento suposto à luz dos elementos que as suportam e as conclusões para as quais tende, sendo uma perspectiva convergente com a de Merluzzi e Carr (1992).

Kuiper e Pesut (2004) assinalam neste nível de pensamento o esforço consciencioso e voluntário no sentido de estabelecer a crença numa sustentada base de razões.

Dewey (1991) considera elementos do pensamento reflexivo, o estado de perplexidade, hesitação ou dúvida e o acto de procura ou investigação orientada para a compreensão dos factos, no sentido da confirmação ou anulação da crença sugerida (descoberta de factos que servem o propósito). A procura da solução da perplexidade é o meio e factor orientador para o completo processo de reflexão. O problema fixa a finalidade do pensamento e a finalidade controla o processo de pensamento. O autor assinala como factor central no pensamento reflexivo a possibilidade e natureza da conexão entre o objecto visto e o objecto sugerido, ou seja "*possuir a qualidade da evidência*" (*idem*, p. 2-8).

Pensamento de Senso Comum

Santos (1993) é de opinião que o senso comum é transparente e evidente e desconfia da “opacidade” dos objectos tecnológicos e do exoterismo do conhecimento em nome do princípio da igualdade do acesso ao discurso, à competência cognitiva e à competência linguística (*ibidem*, p. 14). Por outro lado, o senso comum é superficial porque não se apoia nas estruturas que estão para além da consciência, mas, por isso mesmo, é exímio em captar a profundidade horizontal das relações conscientes entre pessoas e entre pessoas e coisas. O senso comum é indisciplinar e imetódico, não resultando de uma prática especificamente orientada para o produzir. Reproduz-se espontaneamente no suceder quotidiano da vida. O senso comum é também considerado retórico e metafórico, não ensinando mas persuadindo (Francelin, 2004; Santos, 1993).

Na perspectiva de Dewey (1991), o pensamento dito comum engloba o pensamento em sentido restrito (*loosest*), relativo a pensamentos que não procuram atribuir aos objectos dignidade, consecução ou verdade, não tendo fluxo causal e por isso, pode ser desconectado do material, sendo inconsequente. É uma sequência de ideias. Engloba também o pensamento em sentido lato (*broad*), enquanto pensamento de incidentes e episódios da imaginação sucessivos, com uma certa coerência e considerações deliberadamente empregues para estabelecer uma conclusão. São histórias que ocorrem no pensamento com capacidade lógica. Dewey alerta que estes pensamentos de natureza imaginativa podem produzir boas histórias, mas não conhecimento.

Já Francelin (2004) considera pensamento de senso comum as opiniões geralmente aceites numa época determinada. Isto significa que o senso comum varia com a época, ou melhor, de acordo com o conhecimento relativo alcançado pela maioria numa determinado período histórico.

Com este pano de fundo, classificamos como nível de pensamento de senso comum o *pensamento de cidadania, pensamento imaginário, pensamento intuitivo, pensamento existencial, pensamento de auto referenciação, pensamento conjectural, pensamento de pretensão, pensamento de constatação de dificuldades, pensamento de suposição, pensamento impreciso e pensamento de fuga* (quadro 28).

Quadro 28: Pensamento de senso comum

PENSAMENTO DE SENSO COMUM	
Pensamento de cidadania Pensamento imaginário Pensamento intuitivo Pensamento existencial	
Pensamento de auto referenciação	A si como pessoa sonhadora Referenciação a experiências passadas
Pensamento conjectural Pensamento de pretensão	
Pensamento de proximidade /identificação com a situação	Pensamento de desassossego face ao sofrimento
Pensamento de constatação de dificuldades Pensamento de suposição Pensamento impreciso Pensamento de fuga	

Consideramos estes pensamentos cognições baseadas em crenças, crenças estas apoiadas em trajectórias de vida pessoal, contextual e socialmente situadas e de índole idiossincrática. Assim, o *pensamento de cidadania* expressa o entendimento do sujeito quanto aos valores e direitos do indivíduo num determinado contexto social.

Este pensamento é expresso por estudantes relativamente à condição de idosos hospitalizados, situando-se eles próprios enquanto membros e cidadãos de uma sociedade face à situação dos idosos:

“Ao pensar agora na senhora penso na situação dos nossos idosos que se encontram hospitalizados, muitos deles abandonados e desrespeitados. Com certeza que mereciam bem mais de nós, enquanto sociedade...” [RB4].

Este é um pensamento histórica e socialmente contextualizado. Tem na base um conjunto de crenças relativas ao modo como os idosos são vistos e tratados pela sociedade e o estudante imbuído destas crenças elabora um pensamento enquanto cidadão, face à problemática social da anciania.

Outro estudante expressa o seu pensamento quanto à situação dos utentes idosos institucionalizados, revelando que lhe é difícil perceber o “abandono” dos mesmos pelos seus familiares, com ilustra o excerto a seguir apresentado.

“É-me difícil compreender, como é que um filho abandona uma mãe num lar e passa meses sem a visitar ou se quer lhe telefonar! Será que não lhe passa pela cabeça quantas vezes a mãe abdicou do que mais gostava e a realizava em função da sua vida? Quantas noites passou sem dormir, com fome, com frio...” [RH1].

Estes excertos constituem exemplos de um pensamento de cidadania, pois que expressam preocupações de natureza social, às quais os nossos estudantes não são indiferentes.

Outro estudante, perante a situação de uma criança hospitalizada após um acidente rodoviário, “imagina” a tristeza e frustração que os pais sentirão perante a situação, demonstrando, por um lado a proximidade afectiva como que se envolve na situação e por outro o modo como percebe, à luz das suas crenças e valores, o impacto de uma situação destas nos pais da criança.

“ (...) Foi aí que me veio à ideia a imagem daquela família que tinha um filho já com 11 anos perfeitamente normal que brincava com as outras crianças, ia à escola e que de um dia para o outro vêem um filho completamente dependente e sem qualquer reacção, ali deitado numa cama de hospital sem saberem sequer quando recuperaria e quando poderia voltar para casa. Na minha cabeça eu só conseguia imaginar a tristeza e a frustração daqueles pais.” [RB1].

Está expresso um pensamento, que dizemos *imaginário*, enquanto pensamento da imaginação de incidentes e episódios sucessivos, apresentando uma certa coerência e considerações deliberadamente empregues para estabelecer uma conclusão, a partir da situação experienciada (Dewey, 1991).

Um outro estudante explica a razão de ser da sua acção a partir da sua intuição que se funda nas suas aprendizagens e vivências:

“Agi deste modo, porque foi aquele que no momento me ocorreu, decorrente da minha aprendizagem e vivências.” [RH4].

Este estudante mostra a importância das aprendizagens e vivências prévias para a construção de respostas não planeadas, como é típico das enfermeiras proficientes e peritas (Benner, 2001). É a expressão de um pensamento intuitivo que é colocado em acção quando o estudante entra numa situação nova e em relação à qual dispõe apenas da sua compreensão e modo de ver pessoal, o que lhe permite interpretar essa nova situação a partir da *sua história cognitiva*, como nos refere Barth (1996). Nesta perspectiva, Lima, (2008) considera que o pensamento intuitivo se baseia essencialmente na utilização de operações intelectuais de natureza comparativa, no sentido em que são estabelecidos paralelismos entre o observado e o vivido, para daí retirar elementos que permitem a acção pensada e ajustada à situação. Damásio (2001) considera que a intuição possui uma importante função no processo de tomada de decisão, pois que ao actuar a um nível consciente *“marca os resultados das respostas como positivas ou negativas, levando assim a que se evite ou que se prossiga uma determinada opção de resposta”* (ibidem, p. 199).

A expressão de pensamentos de natureza existencial, centrados naquilo que é entendido ser a natureza humana, a vida ...é também manifesta nas narrativas dos estudantes. O confronto com diferentes tipos de situações fá-los reflectir na “complexidade” da vida, na sua finitude e no sentido que lhe atribuímos, como ilustram as seguintes transcrições narrativas:

“ (...) Fez-me reflectir o quão complexa é a vida uma vez que apesar de um bebé estar morto outra vida estava em desenvolvimento, tão perto da morte!” [RF5].

“Apesar de não ter tido o privilégio de contactar com a senhora em questão, senti-me tão triste, impressionada, afinal a morte recorda-nos da vida como sendo finita...” [RH5].

“ (...) O sentido é algo que nós humanos atribuímos à vida, ao seu conteúdo e aos seus limites. Mas será que a vida se reduz aos seus conteúdos e limites? É obvio que não, todavia preconizo que é isso que de uma forma global também exalta a vida.” [RJ4].

O *pensamento de auto referenciação*, ou seja o facto de se aludir a si próprio “enquanto pessoa sonhadora” ou às suas “experiências passadas” está presente no discurso narrativo de alguns estudantes.

“Vi-me confrontada por momentos com a impotência de destacar os pensamentos que me assolavam, com a realidade presente. Parece que embora inconscientemente, a minha imaginação acabou por andar de “mãos dadas” com toda aquela realidade. (...) Desta vivência e de muitas outras que vou experimentando ao longo da vida, retiro a imensa força e desejo de sonhar cada vez mais e mais! Serei sempre, aqui e em qualquer parte uma sonhadora (...)” [RJ3].

A estudante afirma-se “sonhadora” na circunstância descrita e noutras que venham a ocorrer, não fazendo a demarcação de limites entre si, enquanto pessoa, e a situação de aprendizagem experiencial em que está envolvida. Podemos dizer que se trata, como nos refere Praia, (2004), do assumir do compromisso de ser responsável, sendo-se singular e distinto o que implica “ser aí” e “estar com” sem “mesmidade”.

A utilização das experiências pessoais constitui referência que os estudantes utilizam na sua relação comunicativa com os clientes.

“Contei-lhe que também eu já me tinha sentido alvo de gozo de colegas na sua idade, por ter muitos pontos negros no rosto. Sentia que me discriminavam, contudo com o passar do tempo verifiquei que este facto não constava à realidade, eu é que estava a auto-recriminar-me pela existência da acne na minha face. Em função desta etapa de vida, eu tinha aprendido que somos todos diferentes, temos desiguais características, mas juntos completamo-nos, por isso temos de aprender a respeitar a diferença, restando darmos sempre o nosso melhor, valorizar as nossas capacidades, lutar por aquilo em que acreditamos e alcançaremos a felicidade da recompensa!” [RH3].

Neste caso, o estudante socorre-se da sua própria experiência para lidar com o problema de uma criança a fazer quimioterapia e que tem medo da discriminação de que pode vir a ser alvo pelos colegas pela sua situação de alopecia. O estudante evidenciando um discurso narrativo de senso comum, mas de bom senso, faz coincidir o que Santos (1993) designa de causa e intenção, estando subjacente uma visão do mundo assente nas trajectórias e experiências de vida e nessa correspondência afirma-se com confiança e dá segurança.

O discurso narrativo de conjectura, ou seja o pensamento fundado em mera probabilidade (Costa e Melo, 1977), também está presente em narrativas de alguns estudantes. Um deles refere:

“A postura da senhora J., inicialmente de total reserva e introversão, fez-me pensar: para ela, apesar de me ter apresentado, eu era como uma intrusa, uma estranha que anteriormente tinha auxiliado na administração da sua terapêutica, sendo como uma ameaça à sua privacidade e confidencialidade dos seus medos, ansiedades e angústias em suma dos segredos do seu pensamento.” [RH4].

O estudante elabora um pensamento que tem na base uma crença que toma como certa antes da sua confirmação. O mesmo acontece para o que designamos de *pensamento de pretensão* e o *pensamento de suposição*, considerando “pretensão” a expressão narrativa de aspiração de verdade antes de uma coisa ser testada e “suposição” o pensamento que tem na base uma conjectura, uma crença aceite como válida; mas não se apoia na observação da evidência (Dewey, 1991). Considerando, ainda, a perspectiva de Dewey (1991), estes pensamentos assentes em crenças reais ou de conhecimentos supostos orientados para o que está directamente presente são marcados pela aceitação ou rejeição de qualquer coisa como razoavelmente provável ou improvável. Algumas crenças são aceites mesmo não tendo sido elas mesmo objecto de análise; outras são aceites porque o seu aparecimento foi examinado. Estes pensamentos surgem inconscientemente e sem referência à sua relação com as crenças

correctas. Insinuam-se e tornam-se inconscientemente parte do trabalho mental. Alguns pensamentos podem ter na base uma suposição aceite (tradição, instrução, imitação) sem referência à sua envolvimento real. Estes pensamentos constituem pré julgamentos, pois não se apoiam na observação da evidência. São os chamados pensamentos de presunção, parafraseando Dewey.

No nível de pensamento que designamos de senso comum incluímos também o *pensamento de constatação de dificuldades*, o *pensamento impreciso* e o *pensamento de fuga*. A constatação de dificuldades ocorre naturalmente nas diversas situações com as quais o sujeito se confronta e para as quais não possui acervos cognitivos e procedurais que lhe permita tomar decisões e agir (Atkins, 2005), já o pensamento “impreciso” evidencia o carácter vago, confuso e incerto das operações cognitivas face a uma determinada situação, como nos revela um estudante:

“Não saberia como agir, o que pensar, o que dizer e simplesmente o que sentir. O meu pensamento tornou-se por momentos um tanto ou quanto vago, não tomaria um rumo direccionado. Queria naquele momento arranjar resposta para todas aquelas perguntas que me aterrorizavam o pensamento.” [RJ1].

O pensamento de fuga, enquanto resposta cognitiva que pode ou não ter tradução comportamental numa situação desconfortante também está presente em algumas narrativas. Um estudante refere:

“ (...) passaram-me muitas coisas pela mente, pensei em sair dali a correr o mais rápido que pudesse pois todos os meus sentidos estavam a mandar-me informações novas e horríveis, das quais pensava não suportar.” [RC5].

Constata-se a importância dos sentidos neste tipo de pensamento, pois como refere o estudante as informações (sensoriais) eram “novas e horríveis” sendo difícil suportá-las e daí a ocorrência do pensamento de fuga subsequente. São os “estados do corpo” referidos por Damásio (2001: 102) que em interconexão com o cérebro fazem “gerar respostas externas espontâneas ou reactivas que no seu conjunto são conhecidas como comportamento” (p. 104).

Pensamento Crítico

Como atrás referido, pensamento crítico pode ser entendido enquanto cognição consciente e intencionalmente deliberada no sentido de reconhecer problemas, investigar a evidência, interpretar, analisar, avaliar e inferir. Neste processo estão envolvidos os pensamentos e as emoções como refere Wallace, (1996) citado por Kuiper e Pesut (2004). Congruentes com este sentido, Waldow *et al.* (1995), referindo Brookfield (1991), consideram que “*pensamento crítico é uma actividade produtiva e positiva, é um processo e não pode ser confundido com resultado; a forma como o pensamento crítico é manifestado varia de acordo com o contexto em que ocorre, pode ser originado tanto por eventos positivos como negativos e é tanto emocional como racional.*” (p.113).

Magnussen *et al.* (2000) citam Watson e Glaser, (1964)¹⁶ referindo que o pensamento crítico é composto por *atitudes, conhecimento e habilidades* inclui: i) “*atitude de questionamento que envolve a habilidade para reconhecer a existência de problemas e a aceitação geral de que é necessário a evidência para suportar aquilo que é considerado verdade*”; ii) *o conhecimento da natureza da validade das inferências, abstrações e generalizações sobre as quais os diferentes tipos de evidência são logicamente determinadas*; e iii) *as “habilidades no emprego e aplicação sobre atitudes e conhecimento.”* (p. 361).

Scheffer e Rubenfeld (2000) acrescentam que o pensamento crítico envolve “*o julgamento intencional e auto-regulado*” (p.353), apontando a perspectiva metacognitiva do pensamento crítico ao incluírem neste a componente auto-regulação. Considerando a posição de Dewey (1991) quanto ao conceito de pensamento reflexivo, consideramos que estes dois níveis de pensamento não podem ser confundidos.

No entanto, Eichhorn (2008), no âmbito de um programa de desenvolvimento do pensamento crítico, considera o pensamento crítico enquanto habilidade para controlar o nosso próprio pensamento o que inclui a análise conscienciosa dos elementos do próprio raciocínio ou avaliar o raciocínio considerando critérios intelectuais universais, tais como: clareza, correcção, precisão, relevância, profundidade, amplitude e lógica, o que envolve um exame estruturado das fontes de informação, aspectos estes também assinalados por Paul e Elder (2002). Perante este cenário, podemos afirmar a existência de alguma confusão quanto ao conceito de pensamento crítico, pois os autores supracitados atribuem-lhe características que ultrapassam o domínio cognitivo do raciocínio situando-o num plano de natureza metacognitiva ao caracterizá-lo como habilidade “auto-regulada” e análise dos próprios elementos do raciocínio, fazendo supor “*cognição acerca da cognição*” (Merluzzi e Carr, 1992: 95).

No âmbito da enfermagem, Magnussen *et al.* (2000) consideram o pensamento crítico como sendo uma actividade mental intencional, orientada para a consecução de metas e objectivos da enfermagem, quer no plano teórico quer prático. Relativamente ao plano prático, ou seja, o modo como se expressa o pensamento crítico, as autoras observam que a sua base é o Processo de Cuidados, expressando-se o pensamento crítico na consistência do julgamento clínico. É, portanto, uma actividade fundamentalmente de natureza cognitiva e não metacognitiva.

Situando-nos na perspectiva de Magnussen *et al.* (2000); Scheffer e Rubenfeld (2000) e Dewey (1991), consideramos elementos de pensamento crítico, expressos nas narrativas dos estudantes, os discursos de natureza cognitiva, no sentido da actividade mental intelectual não metacognitiva, relativos a *juízos, intenções deliberadas, prescrições, pensamentos de confirmação ou prova, pensamentos éticos, projectivos, inferenciais, de congruência, de expressão de convicções inerentes à prestação de cuidados, bem como a expressão de pensamentos de regulação externa, pensamento ecológico, de inacabamento e de estranheza* (quadro 29).

¹⁶ Edward Glaser foi um dos pioneiros do pensamento crítico ao publicar *An Experiment in the development of Critical Thinking em 1941*. Juntamente com Watson, publicou também *Critical Thinking Appraisal Manual* (1994), o instrumento predominantemente utilizado para pesquisa do pensamento crítico em enfermagem, (ALFARO-LEFEVRE 1996).

Quadro 29: Pensamento crítico

PENSAMENTO CRÍTICO	
Pensamento diagnóstico/Juízo clínico	
Pensamento de tomada de decisão	
Pensamento prescritivo (de intencionalidade)	Para si próprio
Pensamento de confirmação/prova	
Pensamento ético	Obtenção de consentimento
Pensamento projectivo	De incerteza De possibilidade De tentativa De auto prescrição
Pensamento inferencial Pensamento de congruência Pensamento de regulação externa Pensamento de assunção Pensamento ecológico Pensamento de inacabamento Pensamento de estranheza	

Estes tipos de pensamento são entendidos enquanto actividades auto-dirigidas, auto-disciplinadas, auto-monitorizadas e auto-correctivas (Paul e Elder, 2002) acerca das questões experienciais vividas em contexto de prática de cuidados. Neste processo, os estudantes expressam raciocínios intelectualmente estruturados.

O pensamento diagnóstico/juízo clínico, ou o discernimento acerca dos elementos presentes na situação, é baseado na evidência dos factos.

Um estudante dá-nos conta desse processo de pensamento ao referir:

“Dirigi-me à Sra., e tentei inteirar-me do que a estava a transtornar de momento, e logo me apercebi que ela estava bastante preocupada com a situação do filho, mas que não queria de modo algum que ele se apercebesse disso.” [RA2].

É a descrição de um pensamento diagnóstico baseado em dados e informação que permitem ao estudante considerar uma assunção como verdadeira, face à situação observada que lhe confere o valor de evidência, como assinala Paul e Elder (2002) quanto ao raciocínio baseado na evidência, bem como Alfaro-LeFevre (1996) que realça o julgamento clínico como sendo *“um dos aspectos mais importantes e desafiantes para tornar-se enfermeiro”* (p. 58).

Já o pensamento de tomada de decisão, enquanto intenção deliberada e consciente de agir com vista à obtenção de resultados, é expresso por um estudante do seguinte modo:

“Eu fiquei ali parada a olhar para o senhor enquanto este “lutava” para tentar libertar todas aquelas secreções. Eu não fiz nada, fiquei sem reacção, por breves momentos penso que bloqueei perante tamanho aparato. Quando, finalmente, despertei de novo para a realidade e me apercebi realmente do que se estava a passar, decidi que tinha que agir, não poderia permanecer ali quieta sem fazer nada. (...) Naqueles breves minutos que antecederam a minha tomada de decisão foram muitos os pensamentos, inquietações e sentimentos que me inundaram a mente. Sentia-me frustrada por não ter conseguido agir naquele primeiro instante, por não ter conseguido fazer nada para o ajudar. Sentia ao mesmo tempo um desejo enorme de mudar aquela situação. A sua respiração ruidosa toava-me na cabeça ao mesmo tempo que as minhas dúvidas aumentavam. Tinha que agir, antes que algo de mais grave acontecesse. Decidi chamar a enfermeira que veio rapidamente em meu auxílio.” [RB5].

É constatável neste excerto que a tomada de decisão consciente perante a situação não é fácil para o estudante. A situação gera-lhe alguma perplexidade e sente-se “bloqueada” para agir, acabando por decidir pedir ajuda, que é, nesta circunstância, uma atitude responsável face às dúvidas que tem para agir em conformidade com as necessidades do cliente. É uma decisão pensada e ponderada, na qual o estudante revela a consciência dos limites do seu não saber e decide de modo congruente com esses limites.

A afirmação de intervenções consideradas ajustadas, pelo seu valor de possibilidade/probabilidade, à consecução de resultados positivos em determinadas situações define o *pensamento prescritivo ou de intencionalidade*. Um estudante revela a expressão deste modo de pensar, no seguinte discurso:

“Perante o sofrimento da utente a função do enfermeiro deverá ser sempre a tentativa de o eliminar ou pelo menos diminuir. Para isso, deverá usar palavras de conforto e de apoio, mas também gestos que transmitam carinho e confiança, como um sorriso, um toque ou um simples olhar...É importante fazer com que a pessoa se sinta o centro das atenções, pois é em torno do utente que deverá girar todo o processo de cuidados. (...).

Enquanto enfermeiros devemos privilegiar o contacto interpessoal, pois este faz parte integrante dos cuidados de enfermagem, ou pelo menos deveria fazer... Muitas pessoas esquecem-se desta verdade, mas nós enquanto estagiários e futuros profissionais não a deveremos esquecer nunca, pois nós seremos os profissionais de amanhã e com certeza que vamos querer prestar cuidados de qualidade. Devemos sempre ver o outro como um ser humano que necessita de nós e por isso devemos desenvolver todos os esforços possíveis para que este se sinta bem se sinta querido, amado e acarinhado por quem cuida dele todos os dias. (...) Eu penso que a confiança mútua é base para a prestação de cuidados de qualidade.” [RB4].

Está expresso um pensamento, enquanto deliberação de agir de determinado modo perante as circunstâncias narradas, que o estudante assume como “dever” do enfermeiro, por vezes “esquecido” ou negligenciado, mas que o estudante arroga para si mesmo enquanto padrão de qualidade de cuidados.

O mesmo estudante, numa outra narrativa, expressa a sua opinião quanto àquilo que considera dever sustentar a sua prática de cuidados. Prescreve para si próprio uma conduta profissional apoiada no conhecimento do cliente a quem vai prestar cuidados e não apenas nos conhecimentos teóricos adquiridos, que de “pouco servem enquanto não forem confrontados com a prática”.

“Na minha opinião, torna-se essencial para a minha prestação de cuidados que eu consiga perceber o que sente, como sente, o que receia e porquê, a pessoa a quem vou prestar os meus cuidados, ainda mais numa situação que para mim é totalmente nova, a maternidade, porque por mais conhecimentos teóricos que se tenha, eles serão sempre a mesma coisa, conhecimentos teóricos que de pouco servem enquanto não forem confrontados com a prática.” [RB3].

Este discurso narrativo, mais uma vez, evidencia a natureza incerta do conhecimento formal perante as situações experienciais (Sá-Chaves, 2002), revelando o estudante a sua consciência crítica quanto à utilidade de tais conhecimentos em contexto real de prática de cuidados.

O reconhecimento da importância das ações em função dos seus resultados/consequências e relação com a teoria é também expresso pelos estudantes. Constitui o designado *pensamento de confirmação/prova*, na medida em que o estudante presta atenção às condições que confirmam e permitem *testemunhar* o valor de determinada intervenção (Dewey, 1991), como narram dois estudantes:

“A vivência desta experiência e a intervenção que pude executar, demonstraram-se para mim muito importantes, levando-me mais uma vez a testemunhar a verdadeira importância da observação, do diálogo e mais em termos de novidade, a relevância da motivação e encorajamento, enquanto presente na nossa prática de enfermagem.” [RA4].

“Entretanto, após escutar as minhas palavras a senhora sorriu levemente, parecia-me estar mais calma, penso que lhe fez bem, abrir o seu coração! Eu considero que é preciso coragem para nos levantarmos e falarmos, porém, é necessário muito mais para nos sentarmos e apenas ouvir! É importante saber escutar, pois trata-se de mais que uma mera compreensão do que nos é dito! Tanto nesta situação, como nas restantes que tive oportunidade de vivenciar, verifiquei estes factos, é muito construtivo, enriquecedor e agradável escutar, neste caso concreto, os idosos. Basta abrir o coração e sentir a emoção de uma vida repleta de aprendizagens, e sabedoria que só eles podem revelar!” [RH1].

A verificação das condições nas quais ocorre um determinado resultado é um outro elemento do pensamento de confirmação, pois está presente uma *“inferência controlada”* que constitui um dos elementos de prova, como refere Dewey (1991: 27). Trata-se de um pensamento de discriminação que testa crenças e opiniões pessoais para desenvolver com sinceridade factual as conclusões apropriadamente construídas nas situações experienciadas.

O pensamento de natureza ética é também expresso por alguns estudantes. São expressões de pensamentos com base em princípios éticos, direitos dos clientes e/ou deveres do profissional. Neste âmbito, um estudante apresenta o seguinte discurso:

“Faz parte do meu universo de princípios e valores não julgar ou assumir preconceitos que possam deformar as mensagens transmitidas pelo utente. Portanto seria impensável fazê-lo no contacto com a D.C. (...). Sem dúvida que estabeleci com a D.C uma relação de respeito. Este é também um valor pessoal que manifesto no relacionamento com qualquer pessoa. Dar provas de afecto e cordialidade, desenvolver a competência relacional e utilizá-la, não fazer juízos críticos, expressar compreensão empática, acreditar nas potencialidades e capacidades do utente e acreditar na sua boa vontade são apenas algumas manifestações de respeito que privilegiei com a D.C. A falsa escuta (quando a escuta não é centrada no utente), a utilização de um tom de voz infantilizante e a falta de confiança nas capacidades do utente são alguns obstáculos ao respeito descritos por Berger (1997) e que não fazem parte dos meus princípios na relação com o outro. Durante os encontros com a D.C procurei preservar a sua intimidade e privacidade, demonstrar confiança nas suas forças construtivas, dar apoio afectivo à utente, respeitar a sua livre decisão e dedicar-me totalmente a ela durante a interacção.” [RG4].

Sem dúvida, trata-se de um discurso imbuído de princípios e valores éticos, mas também deontológicos, relativo à relação com os clientes. É um discurso narrativo que evidencia também as

bases teóricas que sustentam esses mesmos princípios e que o estudante utiliza de modo crítico para tecer as suas considerações quanto à natureza da relação que estabelece com o cliente.

A obtenção de consentimento por parte do cliente para a realização de determinada intervenção constitui uma especificidade da prática eticamente enformada e da qual nos dá conta um estudante.

“ (...) aquando do convite, senti - me um pouco reticente, trata-se de um contacto muito íntimo, e que não me estava incumbido. Por isso achei melhor perguntar antecipadamente à senhora se não se opunha. Para mim esta foi a acção mais prudente, a sociedade está imbuída de valores, princípios, direitos e deveres que devem ser respeitados. Portanto eu deveria respeitar a privacidade daquela senhora, que amavelmente me concedeu a observação do nascimento da sua filha.” [RH2].

O pensamento projectivo, enquanto propósito de intervenção futura a partir dos resultados constatados, indica uma *“perspectiva de transformação e elevado nível de pensamento crítico”* (Platzer, 2005) que os estudantes expressam nas suas narrativas. Uns projectam a sua intervenção no futuro, considerando a experiência positiva da situação vivida e referindo uma maior atenção a aspectos que poderão melhorar os resultados da sua intervenção.

“Para finalizar, numa situação futura semelhante à apresentada, a minha acção será semelhante à realizada, porém darei maior atenção ao apoio à família durante a hospitalização, de maneira a que as possíveis situações de crise sejam evitadas, pois uma família sã contribui para uma melhor e rápida recuperação dos filhos hospitalizados.” [RD1].

Já outros estudantes, conscientes da natureza dinâmica e incerta das situações, que se concretiza na visão singular do cliente, expressam um pensamento de incerteza quanto à sua acção futura.

“ (...) numa situação futura não sei como agiria, pois cada caso é um caso, e seguramente nenhum outro será exactamente igual a este.” [RE3].

A possibilidade de vir a prestar cuidados de “excelência” é também expresso por estudantes que aliam ao cuidado de excelência o “uso dos protocolos do serviço” e a singularidade do cliente, evidenciando um pensamento projectivo de possibilidade que encerra também um certo grau de incerteza e suspensão cognitiva quanto ao seu devir profissional.

“Uma vez mais deparo-me com a possibilidade de, num futuro próximo, prestar cuidados de enfermagem de excelência, baseados não só nos protocolos de cada serviço, mas atendendo sempre e do melhor modo às necessidades específicas de cada um, bem como às suas potencialidades.” [RG3].

Trata-se de um modo de pensamento crítico, pois está expresso o conhecimento das habilidades possíveis de usar no futuro aliadas à percepção da individualidade do cliente que só por si traduz o *“conhecimento da ignorância”*, relativo ao cliente futuro, que Paul e Elder (2002) consideram ser um dos melhores preditores de desenvolvimento do pensamento crítico (p. 50).

O conhecimento projectivo de “tentativa” está, também, expresso nos discursos narrativos dos estudantes.

“É claro que um dia como profissional de Saúde eu não terei tanto tempo para estar a falar com os doentes, mas vou tentar nem que seja menos tempo comunicar de uma forma terapêutica e estabelecendo uma relação de ajuda, tentando ajudá-los da mesma forma que ajudei esta puérpera e este recém-nascido.”[RC1].

Trata-se de um juízo de intenções, sabendo que as condições futuras de exercício profissional não serão as mesmas que enquanto estudante, mas que se funda na aprendizagem experiencial aliada ao conhecimento científico que a suporta. É, portanto, um raciocínio baseado em assumpções de natureza prática e científica que permitem ao estudante projectar no futuro uma “tentativa” de intervenções que associa a consequências positivas para o cliente.

Noutra narrativa, um estudante projecta a sua conduta futura a partir de dados que observa na conduta profissional de um enfermeiro, “auto-prescrevendo” uma prática que vá além do visível, pois o modo como passa a ver a enfermagem adquiriu um novo sentido: o sentido do indizível, tantas vezes presente nos nossos clientes, o sentido do não manifesto, no fundo uma “prática atenta” (*mindfull practice*), como nos refere Johns (2004).

“A experiência de ter observado o enfermeiro da D.R. (...) fez-me atribuir um novo sentido à prática de cuidados de enfermagem. Ser capaz de ver para além da evidência, ter a capacidade de sentir para além do que vejo, ser capaz de comunicar de diversas formas e de aplicar conhecimentos na prática de cuidados individualizados e de qualidade são objectivos que defini para o meu desenvolvimento como estudante e, posteriormente, como profissional na prestação de cuidados de enfermagem.”[RG1].

Um estudante expressa a apreciação de uma situação e suas características/ consequências como elementos de prova para um juízo inferencial.

“Ali na instituição, pelo que tenho vindo a observar, a D. Alice é uma pessoa que procura pouco contacto com os outros. Talvez esse facto esteja relacionado com o seu modo de ser mais recatado.”[RE4].

É um pensamento que designamos de *inferencial*, pois o estudante faz a discriminação entre o que poderia ser uma crença e os dados observados para produzir uma afirmação de probabilidade no contexto dos dados observados. No entanto, para que esta inferência se transforme em prova é necessário que aquela seja testada, pelo controlo das condições sob as quais a inferência é produzida (Dewey, 1991).

A assunção das práticas em concordância com as crenças e valores pessoais, assumindo-se o sujeito igual a si mesmo nas diferentes situações traduz o *pensamento de congruência* (Praia, 2004; Stanton, 2005).

“Quanto a mim, para que o enfermeiro consiga ser congruente, precisa apenas de continuar a ser igual a si mesmo, expressando com clareza e honestidade os seus sentimentos e as suas atitudes. Só assim é possível construir uma relação de

confiança com o utente. Uma discordância entre aquilo que o enfermeiro sente e aquilo que transmite através da linguagem verbal e não verbal, é facilmente detectada pelo idoso. Sendo assim, como manifestações de congruência surgem necessariamente: a espontaneidade, a valorização do seu papel, a coerência e a partilha de experiências.” [RG4].

Consideramos o pensamento de congruência como subcategoria do pensamento crítico na medida em que vários são os teóricos que consideram a congruência, manifesta pela honestidade pessoal e intelectual (Sá-Chaves, 2002; Boud, 2005), pela coerência entre as “*epistemologias que defendem e as epistemologias que praticam*” (Praia, 2004), bem como a “abertura de espírito” (Johns, 2004; Johns e Freshwater, 2005) do sujeito perante as situações experienciais, características pessoais estas imprescindíveis ao desenvolvimento do pensamento crítico (Magnussen *et al.*, 2000).

A procura de opiniões dos pares e/ou peritos e elementos teóricos que contribuem para a auto-regulação da acção do sujeito constitui um processo de regulação externa (Paul e Elder, 2002; Kuiper e Pesut, 2004).

Os estudantes expressam narrativamente a procura de *feedback* face ao seu desempenho que ilustra o tipo de pensamento de regulação externa:

*“A perspectiva que tenho relativamente à opinião de outros acerca do meu desempenho, é que agi correctamente, pois a mãe ficou muito satisfeita em poder falar do assunto naquele preciso momento com outra pessoa e ter oportunidade de partilhar o seu medo. Da parte da enfermeira, tenho como feedback o reforço positivo em relação à minha acção, uma vez que ela expressou que em casos semelhante a estes a nossa conduta, tal como fiz, passaria por ouvir, apoiar e aconselhar o outro.
A Sra. revelou também que quando está mais nervosa necessita de soltar esse sentimento para o exterior, pois tranquiliza-a, daí ter sido pertinente eu ter actuado.” [RA2].*

Trata-se de uma expressão narrativa que evidencia um modo de responsabilidade intelectual do estudante perante as acções desempenhadas, pois que as submete ao julgamento de profissionais, para o efeito considerados peritos, bem como considera a apreciação do próprio cliente, no sentido de avaliar a pertinência da sua intervenção, o que lhe permite construir pensamentos de auto-reforço face a um desempenho bem sucedido.

A expressão convicta de crenças e valores inerentes à prestação de cuidados de enfermagem traduz o que designamos por pensamento de assumpção, como a seguir o excerto apresentado ilustra.

*“Penso que é importante transmitirmos confiança aos outros, nunca enganado nem mentindo, esse seria o nosso maior erro. Pois poderíamos perder a sua confiança definitivamente. Se o outro sentir que estamos calmos e que sabemos o que estamos a fazer, ficam mais confiantes e mais optimistas, porque mesmo sem muita experiência tenho consciência que sabia o que estava a fazer e o que deveria dizer.
(...)
Naquela situação acho que pensei que apesar da senhora já ter outros filhos haveria com certeza muita coisa que não sabia e por isso a minha atitude foi*

reforçar os ensinamentos sobre tudo o que diz respeito a ela própria, ao seu bem-estar e ao seu filho.” [RB3].

Consideramos este tipo de pensamento enquanto processo de pensamento crítico, pois o estudante discursa as suas crenças pessoais num cenário profissional balizado pela sua responsabilidade intelectual, enquanto aplicação de alguns princípios que determinam o valor das suas crenças no contexto experienciado (Paul e Elder, 2002). Os princípios invocados para justificar a sua acção evidenciam a mobilização de “standards” intelectuais no desenvolvimento do seu raciocínio, aspecto este considerado também fundamental para o pensamento crítico por Paul e Elder (2002).

O pensamento ecológico, relativo aos contextos de prática de cuidados, situa o cliente ou situação no seu contexto com movimentos de acção e interacção entre os vários factores presentes, o que permite pensar o cliente no centro dos cuidados e simultaneamente pensá-lo na influência das várias condições presentes no seu contexto de vida (Kim e Kollack, 1999). Com este tipo de pensamento um estudante refere:

“A observação dos nossos idosos, e de todos os nossos futuros utentes, como seres holísticos, observando-os em todas as suas dimensões, obriga a estarmos atentos ao que decorre ao seu redor e que o afecta, pois quando uma delas se encontra alterada, irá de forma directa atingi-lo, e uma vez que podemos contrariar essa má influência até com pequenas e simples acções, como a que adoptei neste caso, há que as pôr em prática. (...) Fez também realçar a forma como os idosos e qualquer outra pessoa é influenciada pelo que a rodeia, exigindo portanto da nossa parte a atenção a todas as dimensões de que dependem, justo porque se elas o condicionam, devem estar em pleno, afim de que o nosso objectivo máximo de promover o bem-estar, conforto e saúde do outro, seja eficazmente concretizável.” [RA3].

O sentido de inacabamento, considerando que o sujeito está em constante desenvolvimento e transformação, está também presente nos discursos narrativos de alguns estudantes. Dois estudantes referem o seguinte:

“Agora sei que sou uma pessoa maior em termos de conhecimentos porque compreendi a sua importância. Este pensamento vai-me ajudar bastante no resto do curso, mas sobretudo para a minha vida futura enquanto enfermeira. Pois não podemos assumir uma posição de estagnação quando acabamos o curso, não podemos ficar à espera que as coisas aconteçam. O mundo está em constante evolução e nós temos que a acompanhar caso contrário tornamo-nos ultrapassados.” [RB3].

“Considero que da minha parte existe ainda um longo caminho a percorrer a este nível, estou apenas no começo.” [RE2].

Trata-se de um pensamento, também este, de natureza crítica, pois o estudante dá-se conta da sua incompletude e assume a responsabilidade e perseverança intelectual (Paul e Elder, 2002) do seu processo formativo ao longo da vida. Está presente o compromisso pessoal do estudante no seu processo de desenvolvimento pessoal e profissional em interacção com a experiência que

nos permite afirmar a expressão de uma perspectiva de construção da aprendizagem numa lógica orientada para a qualidade da organização e das interações comunicacionais, na qual o desenvolvimento da polivalência é encarado como meio para saber enfrentar com confiança e eficácia as incertezas e a complexidade das situações que caracterizam o mundo contemporâneo dos cuidados (Correia, 1997; Sá-Chaves, 2000a; Alarcão, 1991, 2001).

O pensamento de estranheza, enquanto conjectura de que algo ou alguma coisa não se encaixa no conhecimento e/ou experiência prévia (Dewey, 1991), está presente no discurso narrativo de alguns estudantes. Um deles refere:

“Tomei o primeiro contacto com esta senhora pelo período da manhã, encontrava-se ela no seu primeiro dia pós-parto. Esta mostrava-se ansiosa, pouco comunicativa, com um olhar aparentemente vago e preocupado, talvez próprio de alguém que se está a habituar a algo tão novo e que irá afectar a sua vida daí em diante. Ela parecia estar “perdida” em todos os seus pensamentos e receios... Apercebi-me que algo se passava. Esta jovem mãe parecia um pouco distante, não a observava a acarinhar a bebé ou a falar para ela... Tudo aquilo parecia-me um pouco estranho e fora do que era mais comum eu observar em praticamente todas as outras mães.” [RE3].

É um pensamento de natureza comparativo, ou seja, a capacidade de se constatarem semelhanças e diferenças entre dois objectos ou eventos que dá origem à construção de operações cognitivas mais complexas, como a categorização de elementos a partir de características comuns (Paul e Elder, 2002) e que permite ao estudante perceber a estranheza da ocorrência. Nesta asserção, o pensamento designado de “estranheza”, mais que pensamento de senso comum, parece-nos um modo de pensamento crítico.

Pensamento Metacognitivo/Reflexivo

Na análise das narrativas dos estudantes foram apreendidos vários discursos de natureza metacognitiva, também designada reflexiva (Dewey, 1991; Newton, 2000; Johns, 2004; Johns e Freshwater, 2005).

Dewey (1991) considera que o pensamento reflexivo tem início na situação que é ambígua, que apresenta um dilema, o qual propõe alternativas, colocando o sujeito no estado cognitivo que ele designa de “*suspensão na incerteza*”, ou seja, o estado de sugestão pela crença (pensar em qualquer coisa) *versus* consideração da probabilidade de ser um facto (consideração da possibilidade e natureza da conexão entre o objecto visto e o objecto sugerido, que possui a qualidade de evidência) (*ibidem*, p. 9). O pensamento, nesta asserção, é a operação na qual os factos presentes sugerem outros factos (ou verdades) de modo a induzir crença - crença inferencial - que pode mais tarde ser confirmada e tornar-se como segura, embora ela mesma sempre com um certo grau de suposição.

Na perspectiva de Bulman (2005), o pensamento reflexivo é um modo de pensar com um propósito e fortemente focado na necessidade de testar a verdade das crenças pela aplicação do

método científico através de um raciocínio dedutivo e experimentação. Neste sentido, o pensamento reflexivo está directamente relacionado com a acção.

Kuiper e Pesut (2004) referindo-se a Flavell (1979) e Mezirow (1981) consideram pensamento reflexivo o nível de consciência que existe através da execução de controlo reflexivo e auto-comunicação acerca das experiências, bem como a revisão pessoal e profissional das experiências de vida, identificação de habilidades, qualidades e conhecimento que delas resulta (Williams e Lowes, 2001 citados por Kuiper e Pesut, 2004).

Considerando os discursos narrativos dos estudantes aliados às perspectivas dos autores supracitados quanto ao entendimento de pensamento metacognitivo/reflexivo, definimos como subcategorias incluídas neste nível de pensamento: *o pensamento interrogativo, o pensamento de dúvida, o pensamento de tomada de consciência e o pensamento de auto-regulação* (quadro 30).

Quadro 30: Pensamento metacognitivo / reflexivo

PENSAMENTO METACOGNITIVO /REFLEXIVO				
Pensamento interrogativo	Quanto à situação, à acção a desenvolver, aos direitos do cliente, à natureza dos cuidados, aos limites de competência e quanto a si próprio De natureza existencial			
Pensamento de dúvida				
Pensamento de "tomada de consciência	Das situações de cuidados	Experiência enquanto oportunidade de aprendizagem Questionar em situação de dúvida Complexidade das situações Singularidade das situações Subjectividade presente nas situações Importância da comunicação com o cliente Necessidades do cliente no centro dos cuidados		
	De si, enquanto profissional	Da sua aprendizagem	Pela necessidade de actualização permanente Pelo reforço de conhecimentos Pelo reforço de capacidades Pelo crescimento e desenvolvimento profissional Pela importância do conhecimento prévio	
		Do seu desempenho	No desenvolvimento de competências Nas implicações das acções para o cliente Na importância da observação Na dificuldade em agir eficazmente No seu não saber Na compreensão do erro	
		Do seu agir futuro	Ver os problemas do cliente de forma mais atenta	
		Das suas intervenções de enfermagem		
	De si, enquanto pessoa	Como pessoa em transformação Como pessoa com limitações e necessidades Como pessoa com dúvidas		
		Como pessoa em crescimento e desenvolvimento	Em conhecimento Em experiência	
		Como pessoa em aprendizagem		
	Das suas atitudes	Como pessoa com capacidades	Maior confiança na abordagem do cliente	
		Possibilidade de não ter sido correcta Dar mais valor a determinados aspectos da vida Genuinidade na expressão de pensamentos Dificuldade em ser congruente Abstenção de juízos de valor		
Pensamento de auto-regulação	Auto-monitorização Auto-avaliação Auto-reforço			

Pensamento interrogativo

O pensamento interrogativo é pela sua natureza pensamento reflexivo, pois que indaga a *situação, a acção a desenvolver, os direitos do cliente, a natureza dos cuidados, os limites de competência*, bem como se inquire a *si próprio* e a *natureza existencial* dos fenómenos de vida e morte. A interrogação pessoal constitui um factor de natureza reflexiva, pois é um questionamento quanto à natureza, condições e fundamento de uma determinada situação, intervenção ou objecto. Este pensamento prescreve para o sujeito acções concordantes com a sua concepção dos objectos, como nos refere Dewey (1991).

Ilustrando o pensamento interrogativo expresso por alguns estudantes nas suas narrativas, apresentamos o discurso de um dos estudantes:

“No meio desta situação houveram algumas questões, pensamentos e sentimentos que me ocuparam a mente e me despertaram os sentidos. Nomeadamente a questão da ausência dos pais do João durante o seu tratamento. Porque é que aqueles pais não estariam a acompanhar? Estariam eles tão abalados com aquela situação que não a conseguiam enfrentar? Será que se sentiam responsáveis? Não deveriam estar junto do João neste momento? Poderíamos nós julga-los por não estarem presentes? Poderíamos “obriga-los” a ficar com o João? Outra questão que me inquietou foi a dificuldade e ao mesmo a necessidade de estabelecer comunicação com o João. Será que ele nos entendia? O que lhe poderíamos dizer para o acalmar e deixar mais tranquilo? O que iria na sua cabeça? Estaria com medo? Será que se sentia só? Sentiria ele a falta dos pais do seu lado?” [RB1].

E mais à frente o mesmo estudante interroga-se sobre a acção a desenvolver:

“No meu pensamento algumas perguntas: como poderia eu lidar com aquela situação? Que mais poderia eu dizer? Como poderia estabelecer contacto com o João se do outro lado não tinha qualquer reacção? Como lidar com a minha frustração por não conseguir ser útil como pretendia? E também como lidar com algum medo de uma situação nova como era esta?” [RB1].

Numa segunda narrativa, o mesmo estudante questiona-se sobre os direitos do cliente:

“No meio desta situação houveram algumas questões, pensamentos e sentimentos que me ocuparam a mente e me despertaram os sentidos. Principalmente no que diz respeito ao nosso dever enquanto profissionais de informar os doentes acerca de tudo o que se passa com eles. Não teria a Sra. M direito a saber o que se passava realmente? Não deveriam tê-la informado da necessidade de retirar a mama com mais antecedência? Não teria a Sra. M o direito de saber como iria ser o seu futuro? E se isso acontecesse não teria sido a reacção desta diferente? (...) Não será de extrema importância manter o utente informado para que este possa também decidir sobre o que lhe diz respeito de forma mais consciente conhecendo todos os riscos, vantagens e desvantagens das suas decisões?” [RB2].

Pensamento de dúvida

O pensamento de dúvida é também expresso pelos estudantes nas narrativas. Um deles expressa o seguinte:

“Neste momento os pensamentos que me invadiram foram como iria iniciar uma conversa de conforto e qual seria a reacção da doente ao eu entrar na sua privacidade. Senti-me um pouco receosa pelo facto de não saber quais as palavras mais adequadas naquela situação, mas desde logo aceitei a mesma como um desafio, onde me ocorreram uma série de pensamentos e emoções que me impulsionaram para agir.” [RF2].

Trata-se de um pensamento de dúvida quanto ao melhor modo de agir e simultaneamente de receio pelo consciência do seu não saber, que o estudante aceita como desafio que o impele a agir, enfrentando a situação com aquilo que é e tem para oferecer nas situações com que se depara.

Estes pensamentos: interrogação, dúvida, hesitação ou mesmo perplexidade, constituem sub-processos envolvidos nas operações reflexivas (Dewey, 1991), pois é a partir destes estados que o acto de procura ou investigação orientada para a compreensão dos aspectos geradores destas condições ocorre. Trata-se, na perspectiva de Dewey (1991), da procura dos factos que corroboram ou anulam a crença sugerida pelo questionamento, dúvida ou perplexidade.

Pensamento de “tomada de consciência”

O quadro 30 mostra-nos, no domínio do pensamento metacognitivo/reflexivo, a subcategoria *pensamento de tomada de consciência*. De acordo com Glaze (2001), este tipo de pensamento traduz um processo de transformação que inclui estar mais consciente da enfermagem, ter *insight* no modo como as suas vidas influenciam as suas acções, ser mais realístico e confiante podendo evoluir para um sentimento de sabedoria. O pensamento de tomada de consciência é expresso pelos estudantes nos aspectos que se referem *às situações de cuidados, a si enquanto profissional e enquanto pessoa e às suas atitudes*. A tomada de consciência das situações de cuidados está presente nos discursos narrativos dos estudantes quando estes referem a *experiência enquanto oportunidade de aprendizagem*, a importância de *questionar em situação de dúvida*, ver a *complexidade* bem como a *singularidade das situações*, a *subjectividade presente nas situações*, a *importância da comunicação com o cliente* e as *necessidades do cliente no centro dos cuidados*.

Um estudante expressa a importância da aprendizagem pela experiência, que é, segundo ele, “impossível de contemplar em obras literárias”:

“A teoria traz até mim conhecimentos compilados em obras literárias que constituem a base do nosso cuidar, todavia são as aprendizagens impossíveis de contemplar em obras literárias que a vivência de momentos como estes trazem até nós.” [RJ4].

Outros estudantes no processo de interacção reflexiva com as situações clínicas constataam a necessidade de questionar quando a dúvida, ou o desconhecimento acontece, como nos relata o mesmo estudante:

“Assim, esta situação suscitou em mim uma grande reflexão e neste momento interpreto a mesma como um factor que contribuiu para o meu desenvolvimento e para a minha aprendizagem, pelo facto de que quando visionar no utente, que se

encontra a meu cargo, alguma diferença quer em termos de posicionamento quer em outro tipo de factor, irei questionar de imediato aos meus colegas e profissionais de saúde quem realizou tal acção e quais as características da mesma”. [RJ4].

Nos discursos narrativos há estudantes que expressam o modo como vêm as situações de cuidados. São situações nas quais alguns sinalizam elementos de natureza complexa, no emaranhado de relações que se entrecruzam entre o cliente e outros significativos, entre o cliente e o ambiente social que o cerca bem como a presença das trajectórias de vida que em cada um marca e faz emergir a singularidade. Constatar esta intrincada teia nas situações de cuidados é estar aberto para o mundo, com um olhar atento e focado no cliente como um todo, como tão bem nos ilustra um estudante:

“Como resultado desta experiência específica fica para mim uma maior abertura para tentar compreender quais as necessidades reais da família, e não só da criança, uma vez que é a família a entidade prestadora de cuidados a longo prazo. A consciência da importância acerca dos estilos parentais para o desenvolvimento da criança e para a sua capacidade de enfrentar a doença e a hospitalização, leva-me a delegar maior interesse a uma actuação mais direccionada para o sistema familiar e não só para a criança individualmente. Cuidar da criança implica simultaneamente cuidar da família e das suas interacções”. [RG5].

A expressão destes tipos de pensamentos converge com o que Bulman (2005) refere ocorrer com os profissionais quando reflectem sobre as suas experiências clínicas: *“dão-se conta de que as situações em enfermagem podem ser complexas; procuram compreender o que é a enfermagem; tornam-se conscienciosos e auto-avaliativos; questionam as rotinas e ritualizações e procuram desenvolver e mudar as práticas correntes”* (p. 163). Aspectos semelhantes são referidos por Johns (2004); Howarth (2005) e Johns e Hardy (2005) no processo de construção reflexiva da aprendizagem em contexto de práticas clínicas.

Quanto ao pensamento de tomada de *consciência de si enquanto profissional* é revelado pela atenção que o estudante dá à sua aprendizagem, *pela necessidade* que constata de *actualização permanente, pelo reforço de conhecimentos e capacidades* que reconhece ter conseguido na interacção reflexiva com as situações e *pelo crescimento e desenvolvimento profissional* que declara ter percebido, bem como pela afirmação *da importância do conhecimento prévio* para lidar com as diferentes situações de cuidados.

Um estudante faz o seguinte relato na sua 4ª narrativa:

“Reforcei o conhecimento que para conquistar a confiança de um doente que se sente triste e desapontado com a vida, é escutá-lo com atenção e interesse genuínos, abstendo-me de juízos de valor e informando-o de acordo com a veracidade dos factos, numa linguagem que lhe seja clara e acessível, e estabelecendo uma interacção baseada na igualdade.” [RH4].

O estudante revela o conhecimento reforçado pela sua experiência afirmando um conjunto de comportamentos e atitudes a ter presente na interacção com o cliente, denotando uma *consciência praxica*, mais do que uma prática tecnicamente bem informada. Este conhecimento

reforçado pela experiência poderá constituir o guia ou “*um mapa*”, como refere Dewey (1991: 11) na descoberta de factos que servirão os seus objectivos assistenciais futuros.

Enquanto profissional, ou futuro profissional, os estudantes expressam a “tomada de consciência” *do seu desempenho*, declarando-o na afirmação do seu *desenvolvimento de competências, nas implicações das acções para o cliente, na importância da observação, na dificuldade em agir eficazmente, no seu não saber e na compreensão do erro*.

Um estudante relata-nos de modo exemplar a constatação do seu não saber e as suas implicações para si próprio.

“Olhando para trás, reflectindo com consciência acerca do que sucedeu, apercebo-me do real fundamento que a sensação de constrangimento sentida após ter deixado o menino com a mãe possuía. Apercebo-me do erro cometido ao optar por ficar com o menino mesmo sem possuir o leque de conhecimentos necessários para satisfazer as suas necessidades.

(...)

Sem dúvida a importância da elaboração deste documento é notória e os objectivos da sua realização, foram sem dificuldade alcançados. Reflecti acerca das minhas acções, compreendi onde e porque é que errei e aprendi como agir em situações futuras.” [RD5].

A consciência do desempenho tido nas situações com as quais interagiu, nomeadamente a dificuldade constatada em agir eficazmente, a identificação do seu não saber ou a compreensão de que errou, constitui um factor de desenvolvimento de consciência crítica pelo questionamento da adequação e valor moral das intervenções tidas, pelo reconhecimento do seu próprio prejuízo e o impacto deste no julgamento e acção clínicos e ainda pela compreensão de si no contexto de uma acção desejável (Johns, 2004), pelo que a consideração do erro deve ser tida em consideração, quando se pretende uma aprendizagem construída na primeira pessoa (Buche *et al.*, 2006). Estes aspectos estão bem documentados no excerto acima transcrito, permitindo-nos poder prever a possibilidade de tal situação não voltar a acontecer com o estudante em questão. O estudante, com grande probabilidade, aprendeu a agir bem à primeira vez, da próxima vez (Santos, 2003).

A tomada de consciência está também presente no modo como o estudante perspectiva o seu agir futuro. Um deles expressa especificamente que irá “Ver os problemas do cliente de forma mais atenta” e é também expresso a consciência das intervenções de enfermagem.

“Fez-me pensar (a narrativa reflexiva) sobre questões que nunca tinha colocado a mim mesma e ao mesmo tempo também ver o idoso e os problemas por que este está a passar de uma forma mais atenta. Esta situação reforçou em mim a importância da comunicação com o outro e fez-me recordar tanto as várias formas de comunicação e a sua fulcral importância no contacto com o outro e também a importância do escutar numa profissão que engloba muito mais do que a prestação de cuidados de Enfermagem, é fundamentalmente o cuidar do outro.” [RB2].

Enquanto pessoa, há estudantes que narram o seu processo de tomada de consciência *como pessoa em transformação, como pessoa com limitações e necessidades e como pessoa com*

dúvidas. Narram-se a si próprios como *persona em crescimento e desenvolvimento* nas áreas do conhecimento e da experiência. Narram-se como *persona em aprendizagem*, com capacidades, nomeadamente “Maior confiança na abordagem do cliente”.

Os estudantes expressam ainda processos de tomada de consciência das suas atitudes. Expõem a *possibilidade de não ter sido correcta*, expõem a sua consciência relativa a aspectos aos quais irão dar mais valor, narram a sua *genuinidade na expressão de pensamentos*, referem, alguns, a sua *difficuldade em ser congruente* e também a consciência de se absterem de fazer juízos de valor.

O excerto que a seguir se transcreve sintetiza alguns dos aspectos identificados no processo de tomada de consciência dos estudantes, quando realizam as narrativas reflexivas.

“A elaboração desta reflexão foi muito positiva, pois, na minha opinião, é essencial realizar uma consciencialização das minhas limitações e necessidades, permitindo ajustar as minhas acções a novas situações ou a manter aquelas. Esta situação contribuiu assim para o meu crescimento e permitiu-me reflectir acerca das acções e intervenções a desenvolver quando estiver perante uma situação semelhante.

(...) Entendo esta experiência como um passo em frente no longo percurso que tenho a percorrer. Nesta situação, no início foi um pouco complicado estabelecer uma comunicação verdadeiramente empática com a criança mas em grande medida com a sua mãe e no final também com a M., tendo sido gratificante, visto que, me apercebi que a M. estava receptiva para com aquilo que lhe dizia e fazia, iniciando-se assim uma pequena relação.

A nível pessoal foi muito importante porque tive oportunidade de conhecer outra realidade, outra forma de viver, levando a pensar que afinal, certas coisas de que nos queixamos não têm importância comparável com esta situação.

(...) Foi-me possível conhecer um pouco mais a criança portadora desta patologia, assim como a melhor forma de comunicar com ela.

A nível profissional constituiu uma boa experiência e aquisição de conhecimentos, no sentido de que, numa situação semelhante à passada, saberei a melhor forma de abordar este tipo de crianças assim como noutras situações.

Concluo a minha reflexão estruturada, consciente da aprendizagem e desenvolvimento por mim adquiridos sobretudo no que toca à comunicação com uma criança especial e o estabelecimento, por pequeno que fosse, de uma relação de ajuda.

Sinto que as minhas acções, para com a M. foram adequadas, no entanto, devido a factores dificultadores, os meus objectivos não foram totalmente atingidos.

A minha aprendizagem foi reforçada pela pesquisa bibliográfica que realizei e recurso aos apontamentos do ano anterior, de modo a fundamentar as minhas acções e intervenções.” [RF3].

Pensamento de auto-regulação

No nível de pensamento metacognitivo/reflexivo classificamos o *pensamento de auto-regulação*. Este é entendido por Dewey (1991) como a atenção prestada às condições sob as quais a função da proposta ou ideia ocorre e às condições sob as quais a crença é produzida para que a proposta ocorra. Dito de outro modo, é a regulação do próprio pensamento, sentimento ou acção do sujeito com vista à concretização de objectivos.

Kuiper e Pesut (2004) citando Schunk e Zimmerman (1994) referem que o processo de pensamento cognitivo é regulado por um processo de metacognição de controlo executivo e inclui habilidades de auto-monitorização, auto-avaliação e auto-reforço na consecução de objectivos. A

auto-regulação do julgamento conduz à auto-eficácia (Newton, 2000) e a interacção dinâmica entre o auto-pensamento, o ambiente e a regulação comportamental existe e pressupõe que o pensamento reflexivo determine qual o processo necessário numa dada situação (Dewey, 1991).

Nesta investigação, foram claros os discursos narrativos de auto-regulação dos estudantes, incluindo a auto-monitorização, auto-avaliação e auto-reforço.

a) Auto-monitorização

A auto-monitorização refere-se à atenção deliberada ao comportamento usado na consecução dos objectivos de progresso o que motiva melhoria na aprendizagem (Newton, 2000; Kuiper e Pesut, 2004). Para ilustrar este processo, transcrevemos um excerto narrativo de um estudante:

“Quando a Sra. A. começou a andar com a minha ajuda e da minha colega Rita, necessitando no entanto de um andarilho para auxiliar a Sra. A, senti-me muito bem interiormente, senti-me como se o objectivo da Sra. A. se tivesse tornado também meu, e a sua realização, mesmo que enfraquecida, também me felicitou. Este foi um momento em que fui capaz de participar activamente na recuperação e melhoramento da sua qualidade de vida pelo exercício que a partir daquele momento esta poderia continuar a realizar, bem como, das repercussões psicológicas positivas que daí advenham, visto que tal era benéfico para atingir o seu objectivo principal, voltar a andar. O percurso de recuperação da deambulação encontrava-se, a partir de agora, menos sinuoso. (...) Na minha opinião, tentei reabilitar e direccionar a intervenção para que a Sra. A. pudesse alcançar gradualmente o maior grau de independência possível na deambulação. Tentei fazer tudo o que, naquele momento, achei que era o correcto e que estava ao meu alcance, hesitando contudo, na questão da marcha assistida.

Pretendia com as minhas acções aumentar a força muscular ao nível dos membros inferiores, estimular o movimento e, ao mesmo tempo, reduzir os níveis de ansiedade falando-lhe dos benefícios que a partir de agora seria alvo ao conseguir finalmente executar o exercício.

Penso que toda esta situação foi, portanto, complicada de gerir, tanto ao nível da execução como da gestão das emoções na situação descrita. Tentei dar o melhor de mim, todavia não fui capaz de avaliar correctamente toda a situação para colocar em prática a deambulação supervisionada.

(...)

Após reflexão sobre os graus de força (apreendidos nas aulas teóricas) que permitem avaliar quais os movimentos possíveis de realizar num determinado segmento de um membro verifiquei que a Sra. A., seria, por essa avaliação, capaz de efectuar um movimento coordenado útil para a deambulação.

Falei com um enfermeiro especialista em reabilitação acerca do desejo da Sra. A. em andar novamente, para tal, este procedeu a uma avaliação física considerando-a com potencial para a deambulação, à qual tive oportunidade de assistir e assim dissipar algumas dúvidas práticas de como essa avaliação se processa.

Foi muito importante para a minha reflexão, na situação em causa, ter tido oportunidade de observar posteriormente a forma correcta (demonstrada pelo enfermeiro especialista) de como realizar a deambulação assistida de forma segura e evitando acidentes. Para precaver esforços prejudiciais compreendi que era importante recolher informações acerca da pressão arterial e as características da avaliação do pulso, entre outras, para que assim se controle a duração e intensidade da marcha.” [RD4].

Este discurso evidencia elementos de auto-monitorização da acção empreendida com o cliente, no sentido da concretização de um objectivo, com o qual o estudante se identifica,

“sentindo-o quase como seu”. Identificamos na narrativa um processo de regulação da aprendizagem na exposição da actividade empreendida e quais os seus objectivos relativos ao cliente, bem como na explicitação das fronteiras do não saber, que colocam o estudante “*suspenso na dúvida*”, como nos diria Dewey (1991). Trata-se de um processo de auto-observação do seu próprio desempenho, do seu conhecimento face à situação e o processo de pensamento que daí decorre. É pela constatação do seu não saber que o estudante reage, num movimento de procura (a estratégia de auto-regulação (Newton, 2000)) das fontes teóricas, da experiência e saber do enfermeiro especialista que lhe permite desenvolver e construir aprendizagem significativa, permitindo-lhe um auto-julgamento, por um lado de competência e por outro de melhoria nas acções a desenvolver futuramente.

b) Auto-avaliação

Nos discursos narrativos dos estudantes foram, também, identificados expressões de pensamento de natureza auto-avaliativa.

A auto-avaliação no processo de auto-regulação refere-se ao pensamento reflexivo acerca da experiência e situações para determinar se o conhecimento usado é adequado, quais os objectivos a colocar e se há a auto-eficácia requerida para os atingir. A auto-avaliação é o componente chave da reflexão, a qual por sua vez influencia o pensamento crítico e o desenvolvimento de habilidades de raciocínio (Kuiper e Pesut, 2004; Kuiper, 2005).

Os processos auto-avaliativos presentes nos discursos narrativos dos estudantes variam em função da natureza como são percebidas as intervenções realizadas e a sua eficácia em relação aos objectivos pretendidos. Um estudante expressa a auto-avaliação do seguinte modo:

“Examino as minhas intervenções de adquirir conhecimentos da situação da doente, de escuta, de incentivo e encorajamento, de forma positiva, visto as considerar oportunas e adequadas à situação, onde realmente o seu objectivo foi satisfatoriamente atingido, dado terem aumentado a confiança da Sra. X em si mesma e aumentado a sua participação na satisfação desta necessidade fundamental de comer, diminuindo assim o seu grau de dependência. Considero ainda que a minha actuação contribuiu também para aperfeiçoar a minha forma de executar alguns objectivos desta natureza.” [RA4].

Outro estudante expõe o seu processo auto-avaliativo de modo diferente, narrando-nos aquele processo com o seguinte discurso:

*“Considero que a minha atitude foi de certa forma incorrecta. Não consegui exprimir aquilo que sentia, aquilo que me ia na alma e assim não consegui ajudar ninguém, nem a mim própria. (...).
Tentando agora fazer uma síntese / avaliação da situação, considero que a minha atitude não terá sido a melhor. É notório que existe uma certa incongruência entre as acções por mim realizadas perante a situação descrita e aquilo que deveria ter feito de acordo com a teoria bibliográfica e a minha posterior reflexão sobre a situação e as minhas atitudes, pelo que julgo não ter procedido da forma mais correcta durante o desenrolar da acção.” [RB1].*

Estes excertos ilustram o processo auto-avaliativo que os estudantes narram. No primeiro excerto, o estudante avalia de forma positiva a sua aprendizagem experiencial e a eficácia das suas intervenções. No segundo caso, estamos perante um processo auto-avaliativo, no qual o estudante expressa o seu pensamento quanto à inadequação comportamental e atitudinal face à situação, evoluindo para um raciocínio, claramente metacognitivo, de auto-correcção de objectivos no sentido da auto-eficácia, de análise de si, em termos de pensamentos, sentimentos e dúvidas, que na situação foram paralisantes, pois constata que não possui conhecimentos teóricos e procedurais que lhe permitam agir. Está também presente um processo de auto-regulação ambiental (Kuiper, 2005) quando o estudante confronta a sua postura com o contexto no qual ele ocorre, nomeadamente a conduta do enfermeiro e as necessidades do cliente.

Este processo auto-regulativo do ambiente, nos dois excertos, inclui as características do contexto e interacções sociais e a compreensão de como o contexto influencia as habilidades cognitivas e metacognitivas e as estratégias de monitorização (Kuiper, 2005; Kuiper e Pesut, 2004), nomeadamente no modo como são percebido os resultados da intervenção no cliente, bem como na atenção dada à intervenção do enfermeiro na segunda narrativa. Os excertos narrativos apresentados explicitam também os processos de interpretação, análise, inferência e explicação que os estudantes realizam e lhes permite realizar o processo de auto-avaliação e que Kuiper (2005) considera constituírem elementos metacognitivos processuais para uma aprendizagem reflexiva auto-regulada.

c) *Auto-reforço*

No processo de auto-regulação expresso pelos estudantes emergem discursos de *auto-reforço*, decorrentes do processo auto-avaliativo realizado. Considera-se *reforço* o resultado final ou propósito pelo qual um acto ocorre (Beck e Alford, 2000).

Um estudante expressa este processo do seguinte modo:

“Para mim, as consequências desta situação foram positivas, pois ajudaram-me a perceber que não sabia avaliar correctamente a viabilidade de ajudar a Sra. A. a deambular e levaram-me a investigar um pouco sobre este caso. A dúvida de como proceder naquele caso foi vivida por mim, e apenas foi expressa aos meus colegas mais tarde que deram a sua opinião, concordando com a minha actuação acerca da ideia de colocar a Sra. A. A caminhar.

(...) Sob o mesmo ponto de vista, considero toda esta experiência um reforço positivo na aquisição de conhecimentos para que estes acompanhem sempre a minha política da prática de cuidados.

A meu ver, os nossos medos ou dúvidas são muito importantes para que possamos construir um saber multidisciplinar que, cumulativamente, vá bebendo das interacções que estabelecemos na Enfermagem.” [RD4].

Verificamos que o auto-julgamento realizado pelo estudante está directamente relacionado com os objectivos e os processos desenvolvidos para a sua concretização, sendo então o processo de auto-regulação reforçado (Kuiper e Pesut, 2004). É ainda de salientar o modo como são vistos pelo estudante os seus medos e dúvidas, que os considera importantes para a construção do saber.

Evidencia, com este olhar, a consciência de um saber que é tentativo e incerto, que o distancia de uma “*inteligência cega*” (Morin, 2001), colocando-o no patamar do pensador reflexivo de natureza complexa.

Um outro estudante expressa o pensamento de auto-reforço pela explicitação de que pela experiência vivida entende e aceita a morte como fazendo parte do ciclo vital, “apesar da dor que provoca”.

“Em jeito de conclusão, posso dizer que esta primeira experiência com a morte, fez-me entender e aceitar que esta faz parte do ciclo de vida, tal como o nascimento, apesar da dor que provoca. Penso que a partir de agora saberei lidar melhor com a morte. Lidar com a morte é sempre uma experiência dolorosa, e como tal é importante saber aceitá-la e ultrapassá-la, aprendendo com ela, tornando-nos pessoas melhores e mais capazes para a nossa vida.” [RI4].

O reforço é aqui manifesto enquanto aprendizagem que poderá contribuir para gerir o comportamento para várias habilidades e experiências quer profissionais quer de vida, como refere o próprio estudante.

O auto-reforço obtido pelo conhecimento extraído da situação experiencial é também expresso por outros estudantes:

“Reforcei o conhecimento que para conquistar a confiança de um doente que se sente triste e desapontado com a vida, é escutá-lo com atenção e interesse genuínos, abstendo-me de juízos de valor e informando-o de acordo com a veracidade dos factos, numa linguagem que lhe seja clara e acessível, e estabelecendo uma interacção baseada na igualdade. Sinto que serei capaz de enfrentar uma situação semelhante com maior segurança, apesar da singularidade de cada situação, aprendi a desvalorizar aparências e a valorizar o amor e coragem de quem sofre.” [RH4].

O estudante expressa o seu sentimento de capacidade e maior segurança para enfrentar situações semelhantes, saindo assim reforçado o conhecimento da sua intervenção que, neste caso, se revestiu de uma intervenção bem sucedida. Este aspecto foi já valorizado por Newton, 2000; Kuiper e Pesut, 2004 e Kuiper, 2005, entre outros, que consideram que o desenvolvimento de competências e práticas seguras nos contextos de práticas clínicas por parte de estudantes de enfermagem ou recém formados deverão ser acompanhadas do conhecimento pessoal do seu nível de competência e capacidades.

A consciência do erro ou do comportamento incorrecto perante as situações de cuidados constitui também um factor de reforço na aprendizagem experiencial. Vejamos alguns excertos narrativos de um estudante:

“Numa perspectiva futura espero não cometer os erros que cometi, pois tenho consciência deles e sendo assim espero não deixar que se verifiquem novamente.” [RC3].

“Neste dia poderia ter procedido de uma forma muito melhor, poderia ter-me preocupado mais com a doente e com os cuidados de enfermagem que eu tanto almejo executar da melhor forma, todavia não me foi possível, espero contudo que

na minha caminhada de aprendizagem nunca mais cometer estes erros. (...) Hoje a escrever a reflexão concluo que ainda só estou a aprender a ser enfermeira e que por isso não posso esperar um comportamento exímio de mim. Para ser uma enfermeira exemplar ainda me falta muitas análises como estas para poder acordar um dia e dizer sou enfermeira.” [RC4].

É explícito o modo como o estudante utiliza o “erro” como factor de crescimento e aprendizagem. Trata-se, no dizer de Morin (2001), “*de exercer um pensamento capaz de tratar o real, de dialogar e de negociar com ele*” (p. 8). Este pensamento comporta o reconhecimento de um “*princípio de incompletude e de incerteza*” (Morin, 2001:9) que o estudante expressa nas afirmações “*Numa perspectiva futura espero não cometer os erros que cometi...*” e “*estou a aprender a ser enfermeira e por isso não posso esperar um comportamento exímio de mim*”. Está expressa a “*tensão*” de que fala Morin (2001) entre a aspiração a um saber não parcelar, não fechado e o reconhecimento do inacabamento e da incompletude de todo o conhecimento. De facto, o problema, tal como deixa antever o discurso narrativo do estudante, não está no erro, mas no modo como o utilizamos para organizar o saber em sistemas de ideias. É neste processo que o reforço é inferido pelos estudantes permitindo-lhes o auto-encorajamento para desenvolver raciocínios clínicos mais ajustados às situações com que se deparam (Kuiper, 2005).

Os processos de pensamento identificados enquanto pensamento metacognitivo, o *pensamento interrogativo*, o *pensamento de dúvida*, o *pensamento de tomada de consciência* e o *pensamento de auto-regulação*, nas subcategorias *auto-monitorização*, *auto-avaliação* e *auto-reforço*, evidenciam a possibilidade de podermos utilizar estratégias reflexivas capazes de promover no estudante a regulação, controlo e sustento do conhecimento da sua aprendizagem. Nesse sentido, os professores de enfermagem têm perante si um forte desafio, se considerarmos os resultados de estudos realizados nesta área. Já foi demonstrado que o subdesenvolvimento da auto-regulação em ambientes educacionais restringe as habilidades do estudante na determinação dos objectivos ocupacionais para eles mesmos e para as suas opções posteriores na actividade profissional (Borkowski e Thorpe, 1994; Cheung e Kwok, 1998, citados por Kuiper e Pesut, 2004); a evidência empírica sugere que o desenvolvimento de habilidades de pensamento reflexivo depende da subjectividade dos estudantes e do apoio dado pelos professores (Glaze, 2001; Kuiper e Pesut, 2004) e que a natureza da experiência clínica pode afectar a habilidade para reflectir mais do que os anos de experiência de trabalho (Wong et al. 1995 citados por Kuiper e Pesut, 2004). Neste sentido, a atenção às dimensões da aprendizagem reflexiva auto-regulada em enfermagem pode produzir alguns resultados interessantes que têm implicações para o fazer didáctico dos professores de enfermagem (Kuiper e Pesut, 2004).

Factores de Variabilidade

Sabemos que o factor pessoal faz variar a construção de conhecimento, o desenvolvimento de capacidades e atributos, que são únicos no processo de crescimento pessoal e profissional dos estudantes (Patterson; Crooks e Lunky-Child, 2002). Também o factor contexto no qual

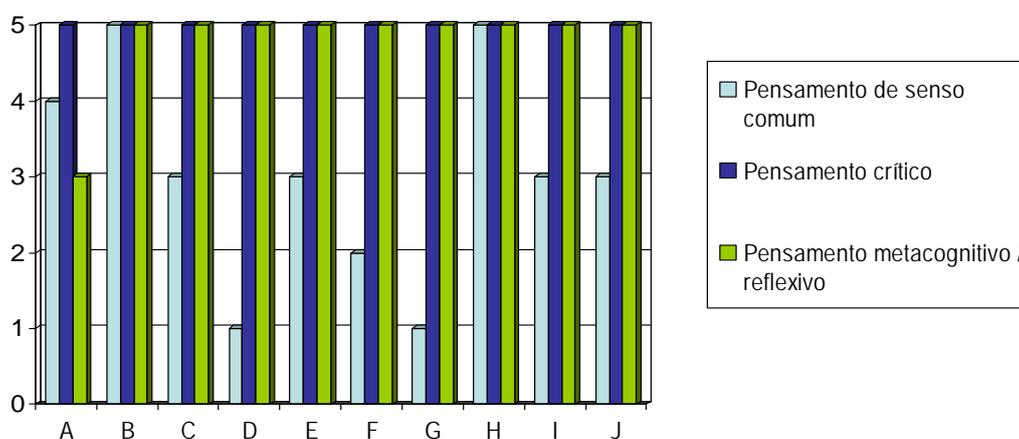
ocorre a aprendizagem pode também afectar o modo como o estudante se percebe a si mesmo e deste modo influir a aprendizagem (Newton, 2000).

No sentido de compreendermos a relação entre a singularidade de cada estudante, o contexto em que as narrativas foram produzidas e a continuidade na produção destas, nos níveis de pensamento expressos, realizamos matrizes de intersecção entre os factores referidos.

Variabilidade pessoal nos níveis de pensamento expresso

O gráfico 19 ilustra a distribuição dos níveis de pensamento expresso segundo os estudantes. Analisando globalmente esta distribuição verificamos não existirem grandes variações entre os estudantes quanto aos níveis de pensamento identificados.

Gráfico 19. Distribuição dos níveis de pensamento expressos, segundo os estudantes



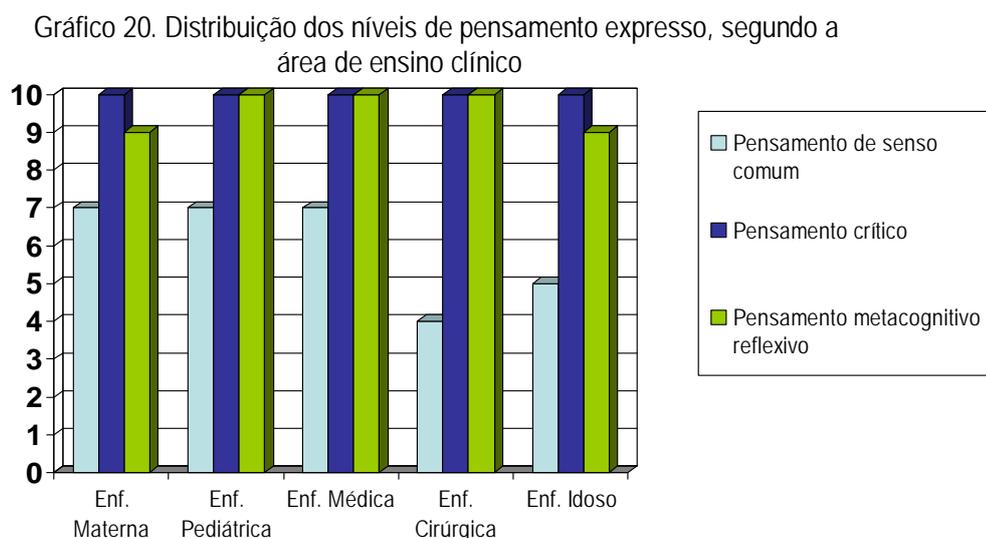
Destaca-se, no entanto, o estudante A por apresentar um perfil diferente dos restantes, quanto ao pensamento metacognitivo. A sua expressividade é inferior à dos outros estudantes e o pensamento de senso comum é expresso em maior frequência, quando comparado com os restantes. Quanto a este nível de pensamento, pensamento de senso comum, também se destacam os estudantes B e H, para os quais a sua expressividade está ao mesmo nível dos outros níveis de pensamento. Salienta-se, no entanto, a forte expressividade nos modos de pensamento crítico, que está presente em todas as narrativas realizadas por todos os estudantes (5 em 5), bem como o pensamento metacognitivo, à excepção do estudante A, já referido. O nível de pensamento de senso comum apresenta uma pregnância manifestamente inferior, quando comparado com os outros níveis de pensamento, excepção denotada para os estudantes B e H, já identificados.

Estes dados parecem fortalecer a noção de que independentemente das características do estudante, o desenvolvimento de habilidades cognitivas de natureza crítica e metacognitiva é conseguido mais pela utilização de estratégias mediadoras do que pela natureza idiossincrática do estudante. Este achado é convergente com os achados de investigação produzida no âmbito da utilização de enquadramentos estratégicos para a promoção da reflexão em estudantes,

profissionais de enfermagem e outros profissionais em ambiente escolar ou clínico (por ex: Reed e Procter, 1993; Palmer, Burns e Bulman, 1995; Barth, 1996; Newton, 2000; Johns, 2004; Johns e Freshwater, 2005; Bulman e Schutz, 2005; Boud, Cressey e Docherty, 2006) que evidenciam o desenvolvimento de pensamento crítico e metareflexivo em função do enquadramento disponibilizado aos formandos para a realização do processo reflexivo.

Variabilidade Contextual nos níveis de pensamento expreso

Quanto ao factor contextual, presente pela área na qual os estudantes realizam os ensinoss clínicos e as narrativas reflexivas, denotam-se algumas variações (gráfico 20).

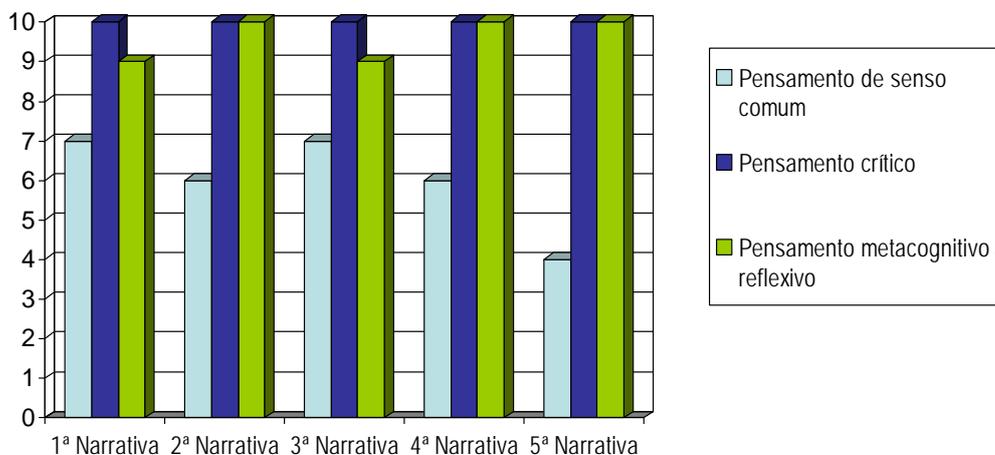


A distribuição quanto ao nível de pensamento de senso comum é manifestamente inferior aos da distribuição observada nos outros níveis de pensamento em todos os ensinoss clínicos. O pensamento crítico apresenta uma distribuição igual em todas as áreas de ensino clínico, estando presente em todas as narrativas (10 em 10) e o pensamento metacognitivo apresenta uma menor expressividade nos ensinoss clínicos de enfermagem materna e enfermagem do idoso, embora com uma diferença distributiva residual.

Variabilidade na continuidade narrativa nos níveis de pensamento expessos

Considerando a continuidade narrativa na distribuição dos níveis de pensamento, é-nos dado observar no gráfico 21 que o nível de pensamento crítico se distribui igualmente em todas as narrativas e está presente em todas as narrativas (10 em 10).

Gráfico 21. Distribuição dos níveis de pensamento expressos, segundo a narrativa



O pensamento metacognitivo apresenta-se distribuído em todas as narrativas, observando-se uma menor expressividade na primeira e terceira narrativas, embora essa menor expressividade apresente uma diferença baixa (menos uma narrativa em cada um dos grupos). Quanto ao nível de pensamento de senso comum este apresenta-se distribuído em todos os grupos de narrativas mas com uma expressividade muito inferior.

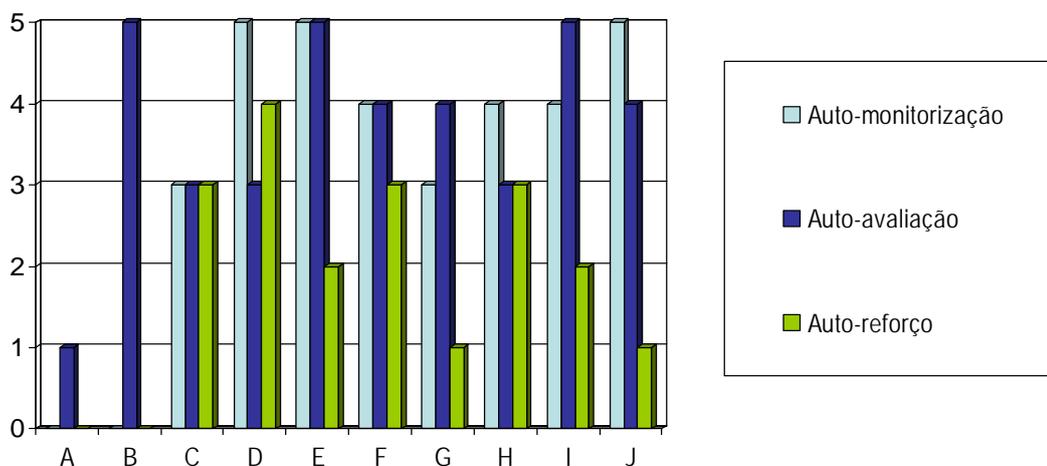
De notar que parece haver uma ligeira tendência para uma menor expressividade de pensamento de senso comum à medida que progride a continuidade narrativa, embora esta continuidade não possa, naturalmente, ser separada da continuidade experiencial dos estudantes, que acompanha a realização das narrativas, sendo, portanto um factor a considerar na tendência observada.

O elemento que, na nossa perspectiva, deve ser destacado refere-se ao facto de, desde a primeira até à quinta e última narrativa, se observar uma incontestável expressividade nos níveis de pensamento crítico e metacognitivo, que mais uma vez parece apontar para a importância dos elementos mediadores, mais do que para a quantidade narrativa ou experiencial.

Variabilidade pessoal nos processos de auto-regulação

No sentido de observar com maior detalhe os processos de auto-regulação expressos pelos estudantes, realizamos a matriz de intersecção entre esses processos de pensamento e os estudantes (Gráfico 22).

Gráfico 22. Distribuição dos pensamento de auto-regulação, segundo os estudantes



Neste gráfico é possível verificar o factor de variabilidade pessoal nos processos de auto-regulação expressos pelos estudantes. Verificamos que os processos de auto-monitorização não estão presentes em todos os estudantes, (dois deles não expressam a realização de auto-monitorização) e em relação aos estudantes que a expressam, esta expressão é variável de estudante para estudante. Três deles expressam-na de modo sistemático em todas as narrativas (5 em 5), enquanto que nos restantes se observa alguma flutuação na sua expressão narrativa.

Por outro lado, todos os estudantes expressam a realização de auto-avaliação em leques de expressividade também variável. Destacam-se aqui o estudante A que expressa a sua auto-avaliação apenas uma vez e os estudantes B, E e I que a expressam em todas as narrativas. Nos restantes observa-se alguma flutuação na sua expressividade que varia entre 3 e 4 expressões narrativas.

Quanto aos processos metacognitivos de auto-reforço, apenas 8 estudantes os expressam observando-se nestes uma grande variabilidade expressiva. A expressão do auto-reforço não se observa estar presente de modo sistemático em todas as narrativas e apresenta uma variação entre uma expressão até quatro expressões narrativas. Dois dos estudantes, A e B, não expressam processos de auto-monitorização nem de auto-reforço.

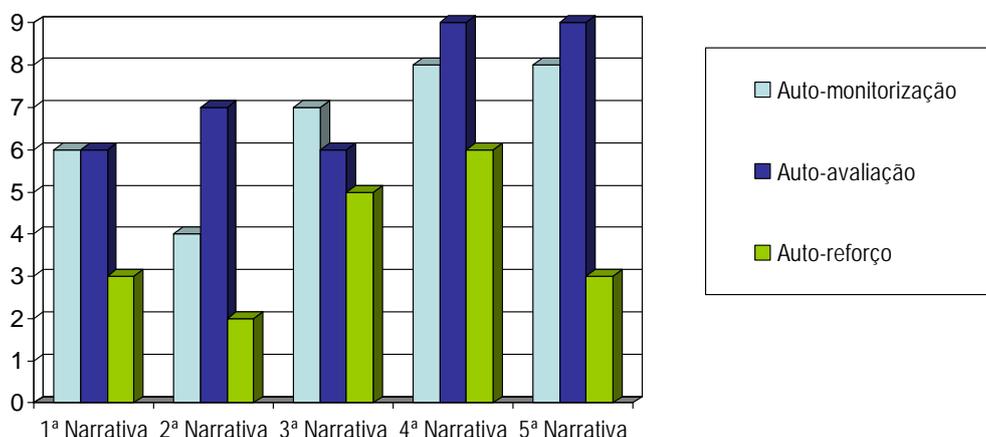
Estes resultados corroboram a noção de que há variação entre os estudantes nos processos de auto-regulação expressos nas suas narrativas, e se tivermos em consideração que estes processos constituem, como refere Newton (2000); Kuiper e Pesut (2004) bem como Kuiper (2005), modos de processamento metacognitivo de nível mais elevado, instituem certamente um desafio para os professores de enfermagem no sentido da criação de estratégias mediadoras ao seu desenvolvimento em ensino clínico.

Variabilidade na continuidade narrativa nos processos de auto-regulação

Consideramos que a distribuição dos processos de auto-regulação expressos pelos estudantes nas suas narrativas, ponderando a continuidade das mesmas, pode oferecer-nos a

possibilidade da sua leitura de modo mais detalhado. Assim, no gráfico 23, podemos observar que existe alguma variabilidade na expressão dos processos de auto-regulação à medida que os estudantes vão realizando as narrativas.

Gráfico 23. Distribuição dos pensamento de auto-regulação expressos segundo, a narrativa



Constata-se que todos os processos de auto-regulação (auto-monitorização, auto-avaliação e auto-reforço) têm expressão em todas as narrativas, embora sejam mais frequentes a auto-monitorização e a auto-avaliação. Quanto à sua distribuição, parece evidenciar-se uma maior expressividade da auto-monitorização à medida que os estudantes vão realizando as suas narrativas, bem como os processos de auto-avaliação. Os processos de auto-reforço, embora menos expressivos, parece apresentarem a mesma tendência, ou sejam vão sendo mais expressivos ao longo da realização das narrativas, embora se observe uma quebra na última narrativa.

Parece, então, que podemos evidenciar alguma relação entre os processos de auto-regulação e a continuidade narrativa, pelo que a aprendizagem de cariz metacognitivo poderá ser facilitada pela continuidade na construção de narrativas reflexivas, achado este que corrobora as perspectivas apontadas por Newton (2000) e Heron (2005) para uma aprendizagem em profundidade pela via de estratégias de auto-regulação.

2.3. INTERACÇÃO COMPORTAMENTAL: FORMAS DE AGIR PROFISSIONAL

Na análise das narrativas dos estudantes foram observadas expressões relativas a acções realizadas no contexto das situações significativas por eles descritas. Designamos estas acções de “formas de agir profissional” enquanto aspectos relativos às acções realizadas pelos estudantes na situação por eles seleccionada. Estas envolvem elementos cognitivos, comportamentais e sociais, ou seja, como é que ele pensa, toma decisões, transfere conhecimento para as acções e usa o conhecimento na prática actual (Kim, 2000). Deste modo, as formas de agir profissional identificadas envolvem expressões relativas à *deliberação de agir*,

enquanto tomada de decisão do estudante perante a situação narrada, à *realização de acções* propriamente ditas, aos *objectivos da acção realizada*, enquanto expressão de resultados esperados com a acção realizada, aos *recursos mobilizados para a realização da acção*, os *factores que influenciaram a acção* e a *avaliação das acções* (quadro 31).

Quadro 31: Formas de agir profissional dos estudantes, face às situações de cuidados

FORMAS DE AGIR PROFISSIONAL	Deliberação de Agir Realização de Acções Objectivos da acção realizada Recursos mobilizados para a realização da acção Factores que influenciaram a acção Avaliação das acções
--------------------------------	---

Deliberação de Agir

A deliberação de agir, considerando deliberação, enquanto decisão no sentido de resolver ou decidir mediante exame ou discussão (Costa e Melo, 1977), é habitualmente designada, no âmbito do processo de cuidados de enfermagem, como tomada de decisão que se apoia no julgamento clínico (Dracup e Marsden, 1990; Alfaro-Lefevre, 1996), sendo descrito por Gândara (2004) como *“um processo de escolher de entre duas ou mais alternativas ou escolher uma linha de acção para resolver um problema”* (p. 407). Jesus (2006) assinala que este processo de decisão tem vindo a incluir terminologias várias, com termos como *“processo diagnóstico”*, *“raciocínio clínico”*, *“tomada de decisão”* e *“juízo clínico”*, e aponta os autores Pesut e Herman (1999) ao considerar o processo de tomada de decisão como *“a selecção de acções de enfermagem para conseguir o resultado esperado”* (*ibidem*, p. 25). Kim (2000) considera a dimensão deliberativa da prática de enfermagem relacionada com o fenómeno no qual o enfermeiro antecipa a prestação de serviços ao cliente.

É nesta asserção que a deliberação de agir é considerada no sentido de agir, de fazer algo, de procurar a ajuda de colegas, de abordar profissionais, de falar com o cliente ou de realizar colheita de informação do cliente (quadro 32).

Quadro 32: Deliberação de Agir

DELIBERAÇÃO DE AGIR
Decidir fazer algo
Decidir agir
Decidir procurar a ajuda de colega
Decidir abordar uma auxiliar da instituição
Decidir falar com a criança
Decidir falar com o cliente
Realizar colheita de informação do cliente

Este processo decisório é discursivamente narrado pelos estudantes, que referem:

“O próximo passo pelo qual sucedeu a minha intervenção, foi, após me ter apercebido do seu estado, planear qual a minha intervenção e quais as estratégias que iria adoptar, onde determinei conversar com ele. Com esta conversa, que

prioritei como acção, tencionei elucidar-me mais fidedignamente do seu estado” [RA5].

“Então decidi todos os dias estimulá-la a andar um pouquinho em direcção às escadas, pretendendo assim alcançar um progresso gradual, face ao medo que a domina”. [RH1].

Estes excertos ilustram alguns elementos do processo de decisão clínica em enfermagem, como seja a apreciação prévia da situação, definido por Jesus (2006) como “*conhecer o doente*”, que sustenta o juízo decisório e as finalidades dessa mesma decisão (p. 50).

A tomada de decisões na prática está intimamente ligada à *reflexão na acção*. Quando o estudante é capaz de decidir em situação de uma forma consciente, então, é porque subjacentes a essa reflexão terão existido outros momentos de *reflexão sobre a acção* (Schön, 1998).

Outros estudantes expressam a sua decisão de agir, embora de modo algo impreciso.

“decidi que naquele momento podia fazer algo (...)” [RB1].

“apesar de estar um pouco assustada, decidi iniciar então a conversa” [RI3].

Nestas duas expressões está patente o processo decisório, embora o modo como é expresso parece deixar antever o carácter pouco definido do mesmo, podendo ser revelador de um processo de decisão de natureza intuitiva, num estudante, e no outro uma decisão que parece apoiar-se na noção de dever, enquanto acção eticamente informada pelos preceitos do exercício profissional em enfermagem. De qualquer modo, a intuição, enquanto elemento no qual se pode basear o julgamento clínico é considerado por Benner (2001) uma característica da enfermeira perita, que tendo uma grande experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema, a partir de uma compreensão profunda da situação global.

Não se tratará deste tipo de intuição, antes de um juízo centrado nas observações do estado do cliente a partir das quais a acção a empreender é decidida. Neste processo, o estudante I revela também o seu estado de apreensão “*apesar de estar um pouco assustada*”, mas que não a impede de decidir agir. Trata-se de um processo decisório, provavelmente fundado em valores com vista a encontrar decisões que maximizem os benefícios para o cliente (Jesus, 2006), embora com a insegurança típica do iniciado, que não dispõe de um vasto acervo experiencial que lhe permita decidir e agir com segurança (Benner, 2001). Este processo é considerado por Kim (2000) um dos conceitos no domínio da prática de cuidados que caracteriza o “*foco na fase deliberativa*” a um nível holístico ou particular (p. 142) e que requer suporte teórico para a sua consecução ajustada às reais necessidades do cliente.

O processo deliberativo identificado nos discursos narrativos dos estudantes, inclui, ainda, a procura de ajuda, no sentido da obtenção de conhecimento para as lacunas auto-percebidas, como nos expressa um estudante:

“De repente, pensei que tinha que compensar, de algum modo, a minha falta de conhecimento e decidi procurar a companhia do meu colega de estágio” [RD5].

Este processo é típico do estudante, cuja experiência e conhecimento são reduzidos, pelo que a procura de outras fontes é um processo frequente e desejável, no processo de aprendizagem do estudante de enfermagem em contexto de aprendizagem clínica (Johns e Freshwater, 2005).

Realização de acções

A análise dos discursos narrativos dos estudantes permitiram-nos identificar um conjunto de descrições, cuja natureza é relativa à realização de acções no contexto das práticas de cuidados. Foram identificadas descrições de acções realizadas que classificamos como acções *de natureza técnica, de natureza científica, de natureza relacional e de natureza observacional*.

De facto, as acções de enfermagem podem ser vistas em sentidos vários (Kim, 2000). Em sentido genérico, as acções de enfermagem referem-se às actividades e intervenções mentais e comportamentais realizadas por indivíduos em situações específicas.

Do ponto de vista teórico, as acções de enfermagem são produtoras de teoria, enquanto actividades produtoras de situações, teoricamente influenciadas por objectivos, conteúdos, prescrições e verificação (Dickoff e James, 1978, citados por Kim, 2000). Neste sentido, Schön (1998) considera a prática enquanto sequência de acções realizadas por uma pessoa para servir o outro, considerado cliente. Deste modo, a prática é vista como fenómeno mais vasto que acções, mas que as inclui. A sua conceptualização é baseada num conjunto de assunções, pressupondo a presença de uma imagem mental do que é ou precisa ser realizado, assumindo-se a necessária compreensão cognitiva, ou conhecimento que precede a acção. Nesta perspectiva, a acção é considerada prática situacional e específica (Kim, 2000); prática social, pois é relativa a acções associadas a um agente social (Benner, 2001) e prática ética e moralmente sustentada, enquanto *“aspecto da vida do agente humano”* (Kim, 2000: 129).

A prática, enquanto conceito de natureza cognitiva, comportamental e social, faz uso do conhecimento e processo cognitivo para transformar “o que alguém sabe” em “o que alguém fez”, envolvendo o conhecimento de como se obtêm bons resultados de enfermagem, o conhecimento do que é bom para o cliente e a perícia na prescrição de acções de enfermagem na realidade concreta (Kim, 2000). Deste modo, a realização de acções envolve, como classificámos, as dimensões técnica, científica e relacional (Collière, 1989), bem como a dimensão observacional, sendo que *“todo o trabalho (...) é uma operação, um processo em transformar diferentes elementos com a ajuda de instrumentos, com vista a atingir um fim”* (Collière, 1989: 243).

Realização de acções de natureza técnica

As acções de natureza técnica referem-se à realização de procedimentos pela utilização de instrumentos adequados à sua realização, correspondendo, na perspectiva de Collière, (1989), ao modo como esses instrumentos são utilizados. Na classificação considerámos o fazer procedimental relatado pelos estudantes, que inclui aspectos relativos a tecnologias ligadas aos cuidados quotidianos e habituais de manutenção de vida, tais como a higiene e conforto, a alimentação, o posicionamento, mobilização e deambulação do cliente; aspectos relativos a

tecnologias de reparação, tais como preparação e administração de terapêutica, colocação de sondas, realização de pensos ou colheitas de sangue, e aspectos de natureza mais complexa, como cuidados de protecção pessoal (quadro 33).

Quadro 33: Realização de acções de natureza técnica

REALIZAÇÃO DE ACÇÕES DE NATUREZA TÉCNICA	
Preparação de material	Realizar enema de limpeza
Preparação e administração de terapêutica	Colocação de sonda vesical
Administração de insulina	Colocação de enteroclitór em doente timpanizada
Prestação de cuidados de higiene e conforto	Mudança de material de oxigenoterapia
Dar o pequeno-almoço	Toque vaginal
Ajudar o recém-nascido a iniciar a mamada	Cuidados a doente com laringectomia total
Pentear o cabelo de uma idosa	Colheita de sangue
Apoiar a marcha do cliente	Fazer pensos
Estimular a deambulação	Retirar drenos
Mobilizações após cirurgia	Fazer a cama
Fazer massagem	Procedimentos de protecção pessoal
Fazer tricotomia	
Posicionar o cliente	

Estes cuidados de natureza técnica envolvem a “arte” ou maneira de se servir dos instrumentos, bem como o conhecimento dos próprios instrumentos e justificação da sua utilização (Collière, 1989). Dos instrumentos/material necessário a uma determinada intervenção, da justificação da sua utilização bem como da realização de acções específicas dá-nos conta um estudante, que refere:

“ depois de ter preparado todo o material que potencialmente iria ser necessário, juntamente com o enfermeiro dirigi-me à porta do quarto para o qual tinha sido transferido o Sr. José. Aí vestimos uma bata de protecção, colocámos máscara e calçamos luvas. O enfermeiro entrou no quarto primeiro, verificou o material em falta, eu transferi-o para o interior do quarto e de seguida também entrei. Prestamos os cuidados de higiene e conforto com ajuda total, e realizamos os pensos necessários. Este senhor estava bastante fragilizado (...) e tinha um elevado risco de vir a formar úlceras de pressão, que era precisamente o que estava a acontecer, apesar de serem tomadas diversas medidas preventivas (era utilizado colchão de pressão alterna, posicionávamos a Sr. cerca de 3 vezes no turno, recorriamos à utilização de almofadas para aliviar zonas de pressão e auxiliar o posicionamento, era realizada massagem de conforto (...)). Depois de prestados os cuidados de higiene e conforto e de termos posicionado o Sr. José (...) troquei o cateter nasal para administração de O₂ (procedimento realizado diariamente) e mudei a água do debitómetro de Oxigénio. Ao mesmo tempo que ia realizando os diversos procedimentos necessários ia sempre tentando comunicar com o Sr. José. Mas o facto de eu estar a falar e não obter qualquer resposta era uma situação que me atrapalhava um pouco. Apesar disso mantive a mesma atitude.” [RE2].

Neste excerto, além dos aspectos relativos ao uso, conhecimento e justificação da utilização de instrumentos vários, o estudante expressa a sua preocupação em acompanhar estes “fazer” de natureza técnica com um suporte relacional, apesar de não obter resposta por parte do cliente. De facto, na perspectiva de Collière (1989), todos os cuidados de enfermagem devem ser acompanhados pela componente relacional que é “*não dissociável do acto de prestar cuidados*”

(p. 262), explicando o facto de o estudante, mesmo na situação adversa que relata, manter a atitude comunicativa com o cliente.

Realização de acções de natureza científica

As acções de natureza científica, apesar de no contexto dos cuidados de enfermagem poderem ser consideradas enquanto dimensão irrelevante numa classificação distinta, pois que qualquer acto de enfermagem inclui de modo não dissociável os conhecimentos, as tecnologias, bem como as crenças e valores que os informam (Collière, 1989), referem-se às acções empreendidas no sentido de conhecer a situação do cliente e/ou as suas capacidades.

Nesta dimensão da acção, refere um estudante:

“A minha intervenção recaiu essencialmente, em primeira instância, em me inteirar da forma como até aqui era fornecida a alimentação à doente, passando também por tentar compreender as suas causas e perceber ainda as capacidades da senhora. A minha acção passou ainda pela fase de compreender qual a opinião da Sra. X acerca desta questão e dos motivos que a levavam a ter essa mesma opinião.” [RA4].

Trata-se, efectivamente, de incluir a componente conhecimento nos cuidados que pratica, ou seja o discernimento acerca da situação do cliente e das suas capacidades, que constitui uma das fontes de conhecimento imprescindível para qualquer acto de enfermagem. Assim, “descobrir a pessoa a partir do que ela exprime” ou “descodificar o que as pessoas, os grupos, tentam dizer” (Collière, 1989:245), confrontando este conhecimento com o conhecimento teórico organizado abre pistas de significação para um cuidado sustentado e congruente com as necessidades do cliente.

Realização de acções de natureza relacional

A análise dos discursos narrativos dos estudantes permitiu-nos identificar, no domínio da realização de acções, acções de natureza relacional. Como atrás referido, uma acção de enfermagem não se pode separar da sua componente relacional, sendo esta, enquanto processo de interacção, um fenómeno de enfermagem (Kim, 2000). Enquanto fenómeno de enfermagem, a relação ocorre em situações nas quais o cliente e o enfermeiro estão presentes e desempenham os seus respectivos papéis e os significados construídos têm implicações para a saúde do cliente e experiências de saúde a ele relacionadas (Kim, 2000). Além desta dimensão relacional, que designamos de “realização de acções de natureza relacional com os clientes”, a relação com outros profissionais foi considerada, pois no contexto da aprendizagem clínica experiencial dos estudantes, a relação com outros profissionais reveste-se de grande importância para os estudantes, seja pelo seu valor informativo, seja pela natureza das relações pessoais que nestes contextos ocorrem. Assim, consideramos a natureza relacional da realização de acções expressa na relação com o cliente e outros profissionais (quadro 34).

Quadro 34: Realização de acções de natureza relacional

REALIZAÇÃO DE ACÇÕES DE NATUREZA RELACIONAL		
Com o cliente	Contacto	Contacto físico Contacto ocular
	Comunicação	Comunicação funcional Comunicação pedagógica Comunicação terapêutica
	Interação	
Com outros profissionais	Questionamento de profissional	
	Questionamento de auxiliar	

Na relação com os clientes, foi possível identificar a componente relacional dos cuidados sob a forma de *contacto*, como aspecto particular da relação, com foco nas pessoas enquanto “corpo materializado”, de *comunicação*, com foco no humano enquanto utilizadores de linguagem simbólica e outras formas não linguísticas e de *interacção*, enquanto relação diádica entre pessoas como agentes sociais (Kim, 2000).

Já a natureza relacional com outros profissionais é expressa pelos estudantes no sentido do “questionamento” para obtenção de informações ou autorização para a realização de procedimentos.

a) *Contacto*

As formas de contacto expressas pelos estudantes, na sua relação com os clientes, são o “contacto físico”, como *tocar a cliente; gestos de carinho; afagar a mão; pegar a mão; colocar a mão sobre a do cliente; agarrar a mão do cliente; tocar suavemente o ombro do cliente e abraçar o cliente* e o “contacto ocular”, expresso por *olhar na face e olhar nos olhos da cliente* (quadro 35).

Quadro 35: Realização de acções de natureza relacional com o cliente: contacto

REALIZAÇÃO DE ACÇÕES DE NATUREZA RELACIONAL COM O CLIENTE: CONTACTO	
Contacto físico	Tocar a cliente; Gestos de carinho; Afagar a mão; Pegar a mão; Colocar a mão sobre a do cliente; Agarrar a mão do cliente; Tocar suavemente o ombro do cliente; Abraçar o cliente
Contacto Ocular	Olhar na face; Olhar nos olhos da cliente

Um estudante expressa, na sua relação com a cliente, as duas formas de contacto:

“A senhora era um pouco surda. Então, eu voltei a repetir a pergunta um pouco mais alto, olhando-a nos olhos, enquanto tocava suavemente no seu ombro. Posto isto, parecendo despertar, e como que saindo do mundo onde se tinha refugiado por momentos e talvez por sentir a minha mão, voltou a cabeça para mim e arregalou os olhos.” [RB4].

Trata-se do contacto físico associado ao contacto ocular, no sentido de captar a atenção da cliente, cuja situação era de surdez. Este excerto evidencia a utilidade da utilização simultânea de

formas de contacto para o estabelecimento de formas de comunicação mais eficaz com cliente com défices auditivos.

b) Comunicação

Quanto à comunicação, esta foi considerada nas subcategorias “comunicação funcional”, “comunicação pedagógica” e “comunicação terapêutica” (quadro 36).

Quadro 36: Realização de acções de natureza relacional com o cliente: comunicação

REALIZAÇÃO DE ACÇÕES DE NATUREZA RELACIONAL COM O CLIENTE: COMUNICAÇÃO	
Comunicação funcional	Diálogo com o cliente; Falar/conversar com o cliente; Cumprimentar a cliente; Falar em linguagem acessível com o cliente; Pedir permissão ao cliente para se sentar na beira da sua cama; Explicar a presença de médicos ao cliente; Informar a mãe; Questionamento à cliente; Tentativa de comunicação com o cliente; Tentativa de diálogo com o cliente; Tentar uma conversa trivial
Comunicação pedagógica	Ensino ao cliente; Ensinos oportunos; Ensino sobre cuidados pré e pós-operatórios; Explicar o procedimento ao cliente; Explicar e exemplificar o procedimento ao cliente; Apoio e explicação à mãe durante a amamentação; Correção e reforço nos procedimentos realizados pelo cliente; Aumentar o conhecimento do cliente; Transmitir a informação de forma simples e clara
Comunicação terapêutica	Manifestar disponibilidade à cliente; Estabelecer relação de empatia com a cliente; Compreender a opinião da cliente Escutar o cliente; Dizer palavras de conforto; Tentar dar apoio psicológico ao cliente; Tentar dar o máximo apoio ao cliente Tentar dar palavras de conforto ao cliente; Tentar ajudar Tentativa de relação de ajuda; Tentativa de tranquilização da cliente; Tentativa de reconforto do cliente

A comunicação funcional é considerada a comunicação do quotidiano, enquanto “*processo vital para todo o ser humano, inscreve-se num contexto social, constituindo a base das relações sociais*” (Riopelle *et al.*, 1984: 267), a comunicação pedagógica orienta-se no sentido do ensino ao cliente e a comunicação terapêutica, tendo como foco os problemas do cliente é também considerada relação de ajuda (Riopelle *et al.*, 1984).

Foi então identificada, nas expressões narrativas dos estudantes, a comunicação funcional em aspectos relativos ao diálogo com o cliente; falar/conversar com o cliente; cumprimentar a cliente; falar em linguagem acessível com o cliente; pedir permissão ao cliente para se sentar na beira da sua cama; explicar a presença de médicos ao cliente; informar a mãe; questionamento à cliente; tentativa de comunicação com o cliente; tentativa de diálogo com o cliente e tentar uma conversa trivial.

Esta forma de comunicação é ilustrada com alguns excertos narrativos, que se seguem:

“Quando entrei no quarto, dirigi-me à “minha” utente para a cumprimentar e me apresentar. Disse-lhe: “Bom dia! Descansou bem?”, ao que ela respondeu que sim.” [RB4].

“À minha chegada, apresentei-me à D. Alice e referi que estava ali para conversar um pouco com ela, para a procurar conhecer melhor. Pedi-lhe permissão para me sentar na beira da sua cama, o que ela concedeu. Depois peguei-lhe na mão e comecei por perguntar como é que ela se sentia, se estava bem disposta... A partir daí desenvolvi uma conversa informal, na qual a D. Alice me foi falando da sua vida, do seu dia-a-dia, dos seus hábitos, da sua família, ou seja, de tudo um pouco.” [RE1].

“Fui conversar com alguns idosos para a sala de convívio” [R15].

Trata-se, efectivamente de uma comunicação de natureza funcional, pois contempla aspectos de comunicação relativos à relação social quotidiana, onde o cumprimento e as conversas de natureza informal ocorrem e que no contexto de práticas de cuidados de enfermagem constituem, muitas vezes, pontes para uma comunicação mais centrada em elementos de natureza pedagógica ou terapêutica, como nos revela o excerto de um estudante:

“À medida que ia-mos conversando, ela ia-me dizendo que se encontrava desconfortável e com dores nas costas, referindo eu que com a massagem a dor talvez aliviasse e o desconforto passasse.” [RF4].

Quanto à comunicação pedagógica, esta foi identificada nos discursos narrativos dos estudantes que expressam uma comunicação fundamentalmente centrada no ensino ao cliente e suas famílias, sob a forma de “ensinos oportunos”, “ensino sobre cuidados pré e pós-operatórios”; explicação de procedimentos a realizar, bem como comunicação focalizada no reforço ao cliente, entre outros. Constituem exemplos deste tipo de comunicação:

“Na terça-feira, dirigi-me à minha doente e expliquei-lhe que era necessário proceder a colheita de sangue para análise, pois como tinha sido submetida a uma cirurgia, era extremamente necessário sabermos se estava tudo bem com ela.” [R13].

“Expliquei-lhe que é muito importante que adopte com rigor as indicações do médico e da equipe de Enfermagem. Sugeri que fosse mobilizando activamente os segmentos articulares livres, realizando contracções isométricas do membro lesado, mantivesse o alinhamento corporal, respeitasse os posicionamentos e colaborasse nos cuidados de higiene tendo em conta as suas limitações.” [RH4].

Verifica-se nestes dois excertos a comunicação orientada para a importância da compreensão do cliente relativa a procedimentos invasivos de controlo da situação, bem como o reforço de indicações médicas e da equipe de enfermagem acompanhado de algumas sugestões ao cliente, no sentido de uma evolução favorável da situação. Verifica-se também uma postura de capacitação do cliente, no sentido de estimular neste a sua participação activa no processo de cuidados, com controlo esclarecido dos processos de recuperação, evidenciando o estudante uma atitude de interesse genuíno pela situação do cliente, bem como de encorajamento, que nos deixam antever a presença de atitudes de receptividade e partilha que constituem a “abertura ao outro” e a disposição para compreender os problemas do cliente (Riopelle *et al.*, 1984; Benner, 2001; Johns, 2004).

Um outro estudante expressa esta forma comunicacional com nuances um pouco diferentes:

“Ao longo daquele turno da tarde tentei sempre apoiar a D. Sara, sem nunca a substituir na prestação de cuidados que ela própria tinha capacidade de realizar, corrigindo algum aspecto que estivesse menos bem, e reforçando positivamente procedimentos correctamente realizados. Mostrei-me disponível para me colocarem qualquer dúvida que surgisse e tive também o cuidado de transmitir toda a informação de forma simples e clara, para que o receptor da mensagem entendesse aquilo que eu realmente tencionava dizer.” [RE5].

Salienta-se neste excerto a valorização do cliente numa perspectiva de autonomia no auto-cuidado, embora focado na correcção dos aspectos “que estivessem menos bem” e simultaneamente de reforço positivo, processo comunicacional este imerso numa concepção de disponibilidade e de prática atenta (*mindful practice*) que caracterizam o profissional reflexivo (Johns, 2004; 2005).

A comunicação terapêutica está presente nos discursos dos estudantes quando estes manifestam intencionalmente disponibilidade ao cliente, procuram estabelecer uma relação de empatia, compreender a opinião do cliente, escutar o cliente; dizer palavras de conforto; tentar dar apoio psicológico ao cliente; tentar ajudar, tentar tranquilizar o cliente ou tentativa reconfortar o cliente, entre outros.

Constituem exemplos de comunicação terapêutica:

“Coloquei-me junto da Sra., e fiquei a escutá-la (...)” [RA2].

“Durante o diálogo que mantive com a doente, verifiquei que esta se encontrava visivelmente emocionada, acabando mesmo por chorar. Face a esta situação, senti-me constrangido, sem saber muito bem como lidar com a doente. Contudo, tentei reconfortar a senhora e à medida que ia conversando com ela notei significativas melhoras. Ela acalmou-se, parou de chorar e acabou mesmo por esboçar alguns sorrisos enquanto eu lhe agarrava na mão.” [RD2].

“Permaneci por largos minutos a escutar mais algumas das suas histórias que ela ia pronunciando com satisfação, e a mim faziam-me aprender algo. Gostei de a ouvir, e por vezes é necessário momentos destes para nos fazerem pensar um pouco na sorte que temos (falo por mim).” [RE4].

A escuta activa é considerada uma das atitudes facilitadoras da comunicação terapêutica, permitindo que se instaure uma profunda relação entre o cliente e o enfermeiro em certas dificuldades particulares (Riopelle *et al.*, 1984). O primeiro excerto dá-nos conta disso mesmo, quando o estudante mostra um comportamento activo no sentido de escutar o cliente. Esta escuta permite acolher a palavra do outro, pela expressão das suas inquietudes ou do seu sofrimento (Hesbeen, 1997), é um acto de conexão que envolve a clarificação do que é que a outra pessoa está a dizer num esforço de tornar o outro capaz de atribuir significado à sua experiência (Morgan e Johns, 2005).

Já o segundo excerto evidencia o impacto que a componente emotiva do cliente tem no estudante, no entanto este “tenta reconfortar” a cliente “conversando”, conversa esta, embora não

expressa, provavelmente de consideração positiva, respeito caloroso, empatia e autenticidade na relação com o cliente (Riopelle *et al.*, 1984; Hesbeen, 1997), o que permite ao estudante receber *feedbacks* positivos da sua intervenção.

Trata-se de uma verdadeira aprendizagem experiencial, num domínio tão difícil de ensinar em sala de aula, mas que transposto à palavra escrita constituirá certamente um referencial para o estudante em situações futuras similares (Johns, 2004).

O terceiro excerto, ilustrando a função terapêutica da escuta “as histórias que ela (cliente) ia pronunciando com satisfação”, evidencia a natureza transaccional da comunicação, pois o estudante toma consciência de que está a aprender no processo de escuta das “histórias” do cliente. Este elemento constitui aquilo que Riopelle *et al.* (1984) consideram ser a consideração positiva, no sentido da estima e aceitação do outro sem julgamentos e que neste caso leva ao crescimento do próprio estudante.

É também evidenciado nos discursos narrativos dos estudantes a natureza tentativa da comunicação terapêutica, quando identificamos expressões do tipo “tentar dar apoio psicológico ao cliente; tentar dar o máximo apoio ao cliente; tentar dar palavras de conforto ao cliente; tentar ajudar ou tentativa de tranquilização da cliente”. Este processo tentativo permite-nos conjecturar a incerteza e insegurança dos estudantes neste processo comunicacional, pois que apela a uma forma de agir comunicacional que encerra o carácter dinâmico das relações que transportam consigo aquilo que Sá-Chaves (2000a) designa de *terceiro incluído*, emergente na relação comunicacional, fazendo com que esta relação seja aberta no seu devir, logo incerta e imponderável nos seus resultados. Estes conceitos narrativos evidenciam também a humildade dos estudantes, fazendo crer a consciência dos seus limites, sem a pretensão de tudo saber na sua prática cuidativa (Hesbeen, 1997).

c) *Interação*

Os processos de interação são considerados fenómenos que ocorrem na díade cliente-enfermeiro, considerando os clientes e os enfermeiros como agentes sociais que assumem os seus papéis em situação de prática de cuidados. Constituem relações sociais que envolvem mutualidade, no sentido de reciprocidade ou troca, transacção, aliança terapêutica, colaboração, gestão de conflitos, ou ainda reconhecimento ou recompensa (Kim, 2000). Estas interações variam de acordo com a situação social na qual ocorrem, sendo consideradas meios pelos quais os enfermeiros prestam vários cuidados de enfermagem e os resultados esperados no cliente, bem como processos que ocorrem na base de uma filosofia cuidativa, na qual o cliente e o enfermeiro são parceiros (Hesbeen, 1997; Kim, 2000).

Nos discursos narrativos dos estudantes foram identificados diferentes formas de interação, tais como: a interação sob a forma de incentivo, sob a forma de tentativa, sob a forma de apoio e reforço e sob a forma de transacção (quadro 37).

Quadro 37: Realização de acções de natureza relacional com o cliente: interacção

REALIZAÇÃO DE ACÇÕES DE NATUREZA RELACIONAL COM O CLIENTE: INTERACÇÃO	
Sob a forma de incentivo	Incentivo à colaboração por parte da cliente; Incentivar a cliente a acarinhar a filha; Incentivar a cliente a continuar as actividades; Incentivar o cliente a continuar a falar; Incentivar o cliente a ter uma melhor perspectiva
Sob a forma de tentativa	Tentativa de aproximação ao cliente; Tentativa de acalmar a cliente Tentar reconfortar o cliente; Tentar responder às perguntas do cliente; Tentar pôr o cliente à vontade;
Sob a forma de apoio e reforço	Procurar apoiar a cliente e acompanhante; Disponibilidade para as necessidades do cliente; Reforço positivo da participação dos cuidados da mãe; Felicitar o cliente
Sob a forma de transacção	

Constituem modos de interacção cujo sentido se orienta para resultados a observar no cliente e objectivos do próprio cliente, seja na forma de acção interactiva efectiva, seja na forma de tentativa de interacção.

O incentivo, enquanto tipo de interacção, expressa as medidas relacionais de encorajamento, estímulo e ânimo do cliente para a adopção de comportamentos desejáveis à sua situação, bem como a processos de colaboração no processo cuidativo, como nos relata um estudante:

“À medida que íamos lavando cada parte do corpo íamos falando com a senhora e pedindo para que ela colaborasse” [RB4].

As interacções de incentivo podem envolver aspectos de negociação entre o enfermeiro e o cliente (Kim, 2000), embora no excerto apresentado a interacção se tenha centrado no estímulo do cliente à sua participação nos cuidados que lhe eram prestados. Estas formas de interacção têm por objectivo estimular a autonomia do cliente na satisfação das suas necessidades (Grondin *et al.*, 1992), mas também estimular a mobilização de doentes acamados, na medida em que contribui para a sua recuperação evitando algumas complicações, como sejam a acumulação de secreções intrabronquiais ou a formação de trombos venosos, principalmente em doentes idosos.

Já a interacção, que designamos de “tentativa”, sendo centrada no cliente, revela um tipo de relação enquanto meio orientado para o bem-estar do cliente, mas também a intencionalidade do estudante no estabelecimento deste tipo de interacção, embora sem ser bem sucedido na sua tentativa. Deste processo, dá-nos conta a narrativa de um estudante:

“Tentei desesperadamente avizinhar-me daquele sofrimento que ganhava vida e sufocava aquele senhor...! Sem proferir qualquer palavra, aproximei-me da sua amargura para a tentar desvendar, mas não consegui! O seu rosto é oculto e a sua intensidade por mim desconhecida.” [RJ4].

Esta situação revela o empenho do estudante em se acercar do sofrimento do cliente, mas não consegue, pois para ele a expressão facial do cliente não é inteligível. Também aqui, à

semelhança do que acontece com a comunicação terapêutica, já apresentada, a natureza tentativa de interacção esbarra no desconhecido, que impede o estudante de ir mais além. Os aspectos bloqueadores da interacção são referidos por vários teóricos, nomeadamente Chalifour (1989); Hesbeen (1997); Kim (2000) e Collière (2003). Diz-nos Chalifour (1989) que existem condições que concorrem para bloquear a prática de cuidados, sejam condições relativas ao profissional, ao cliente ou ao contexto no qual as práticas de cuidados ocorrem. Relativamente ao profissional, essas condições decorrem essencialmente da sua compreensão em relação aos cuidados de enfermagem, da sua competência, da sua disponibilidade, dos seus gostos e valores. No excerto acima apresentado tratar-se-á de um problema de competência, pois o estudante apresenta disponibilidade proactiva mas esbarra na situação do cliente, não sabendo o quê e como fazer.

A interacção sob a forma de apoio e reforço inclui a cooperação e complementaridade que o estudante coloca na relação com o cliente, no sentido ajudar o cliente na satisfação das suas necessidades e promover condições de independência nessa mesma satisfação. Relativamente às competências e reservas maternas de uma cliente cuidar do seu filho, um estudante relata-nos a sua interacção:

“Ao conversar com esta senhora pude notar que no fundo, para além da novidade que é ser mãe e do medo que se sente tendo em conta a inexperiência, ela receava que alguma das suas acções prejudicasse o Luís e ele voltasse a ficar doente. Perante esta situação a minha acção foi procurar tranquilizar aquela mãe e reforçar positivamente a forma como ela estava a prestar os cuidados ao seu RN, já que o seu modo de proceder era correcto. Optei por puxar uma cadeira e sentar-me um pouco ao lado da D. Sara. De forma calma procurei conversar com a mãe, incentivando-a a manipular ao Luís tranquilamente e sem medo. Expliquei-lhe que era normal que o bebé se desinteressasse da mama por alguns momentos, ele não necessitava de fazer a mamada toda seguida. Aliás, era importante que ele “arrotasse” a meio da mamada. Bastou algum apoio para que esta mãe se sentisse um pouco mais confiante. Felizmente fui capaz de atingir o meu objectivo que era conseguir que a mãe prestasse todos os cuidados que o Luís necessitava naquele momento, tornando-a o mais autónoma possível, tendo em vista a alta.” [RE4].

Trata-se de uma relação interactiva, pela qual o estudante simultaneamente apoia e reforça o desempenho materno no cuidado ao filho, verificando o aumento de sua confiança, por um lado, e a sua satisfação pessoal por estar a atingir objectivos cuidativos.

A interacção sob a forma de transacção, no sentido de mutualidade e partilha entre cliente e estudante, é também expressa nos discursos narrativos dos estudantes. Ilustrando este tipo de interacção, referem dois estudantes:

“Quanto eu estava para me vir embora a D. X pediu-me para que ficasse mais um pouco, pois tinha outra situação para me confidenciar. Não resisti ao seu pedido e fiquei. Voltei a colocar-me de frente para ela, ligeiramente apoiada na sua cama, e a pegar-lhe nas mãos. No fim, a Sra. Alice estendeu os braços para me abraçar... Aproximei-me dela, deixei que ela me abraçasse e que me desse também 2 ou 3 beijos no rosto.” [RE1].

“Naquele bocadinho de tarde houve lugar para situações que me transmitiram algum conforto, especialmente no que diz respeito ao facto de ter conseguido estabelecer um contacto bem sucedido com a D. Alice, visto que esta, para além de me falar do seu percurso de vida também me contou algumas das suas histórias, parecendo-me que o fazia com agrado por alguém a estar a ouvir. De vez em quando ela questionava-me acerca da minha vida, de como era a minha família, eu contava-lhe, e depois ela tornava a falar da sua.” [RB4].

Trata-se efectivamente de processos interactivos, nos quais a reciprocidade ocorre e é geradora de bem-estar para ambas as partes. Parece estar explícita, nas duas situações transcritas um processo de mutualidade e aliança cliente-estudante que configuram uma orientação filosófica de cariz cuidativa, como refere Kim (2000) para estes tipos de interacção. A mutualidade, aliança e partilha nos processos cuidadosos tem um grande impacto no modo como os cuidados são prestados e na consecução dos objectivos esperados para os clientes. Nestes processos existe partilha de conhecimento, poder, compreensão, objectivos e sentimentos (Kim, 2000) e de algum modo são expressos nos excertos narrativos apresentados.

Realização de Acções de Natureza observacional

A classificação de realização de acções ditas de “natureza observacional” pretende ilustrar a implicação do estudante no seu processo de aprendizagem pela explicitação que faz da importância da observação atenta da acção de outros profissionais, bem como do próprio cliente (quadro 38).

Quadro 38: Realização de acções de natureza observacional

REALIZAÇÃO DE ACÇÕES DE NATUREZA OBSERVACIONAL
Observação de consulta médica Observação do enfermeiro Observação do cliente

É pela observação, enquanto capacidade intelectual de apreensão que se consegue capturar os detalhes do mundo exterior (Riopelle *et al.*, 1984), pelo que a atenção dirigida a um determinado objecto de observação constitui um evento de natureza intelectual e sensorial que coloca a pessoa em estado de alerta.

A observação em enfermagem é um instrumento particularmente importante, pois permite o conhecimento das necessidades do cliente, por um lado, e permite a familiarização com formas de agir profissional que poderão constituir pontos de referência para a acção futura do estudante. Não pretendemos com este tipo de classificação defender uma aprendizagem procedimental por imitação, antes valorizar a aprendizagem experiencial nas possibilidades do diverso que outros olhares e fazeres ilustram.

Razões para as acções realizadas

As razões para as acções realizadas referem-se aos discursos narrativos dos estudantes relativos à descrição de aspectos considerados como fundamento para as acções realizadas, nomeadamente os conhecimentos prévios, as experiências vividas, os princípios éticos ou as crenças e valores pessoais.

Johns (2004) considera que nos processos reflexivos realizados em contexto experiencial os formandos devem esforçar-se no sentido de tornar explícitos os aspectos que enformaram as acções realizadas, pois só desse modo é possível identificar, avaliar, criticar e construir novas perspectivas de agir com consciência crítica e auto-reflexiva.

Deste modo, foram identificadas nas expressões narrativas dos estudantes razões por eles formuladas para as suas próprias acções. As razões apontadas pelos estudantes foram de natureza diversa, nomeadamente de natureza teórica, experiencial, estatutária, ética, profissional e pessoal (quadro 39).

Quadro 39: Razões para as acções realizadas

RAZÕES PARA AS ACÇÕES REALIZADAS	
De natureza teórica	Conhecimentos adquiridos no curso Valorização da comunicação Valorização da escuta
De natureza experiencial	Experiências pessoais anteriores Inexperiência
De natureza estatutária	Ser estudante de enfermagem Situação de estagiária
De natureza ética	Princípios éticos
De natureza profissional	Desenvolver competências Desenvolver competências relacionais Procedimento da competência do enfermeiro
De natureza pessoal	Valores pessoais Crenças pessoais Personalidade pessoal Crença de que não seria difícil lidar com a situação "Ânsia" de ajudar Desejo de ajudar o cliente Agir como gostaria que agissem consigo Medo de represálias

Razões de natureza teórica

Os fundamentos de natureza teórica aduzidos pelos estudantes como fundamento para as acções realizadas referem-se aos conhecimentos adquiridos no curso e ao valor teórico atribuído a determinados aspectos da relação com os clientes, nomeadamente a comunicação, em sentido genérico e à escuta, enquanto aspecto particular da comunicação.

Por exemplo, a este propósito dois estudantes expressam o seguinte:

“Os conhecimentos adquiridos ao longo dos últimos 2 anos de (...) apresentam-se como fundamento e base à minha acção.” [RA2].

“Mas devo referir, que o comportamento por mim dirigido deveu-se não só aos valores pessoais, mas também a conhecimentos adquiridos ao longo dos anos já

transactos do presente curso de Enfermagem, como são os de apoio à família do doente.” [RD4].

Estes excertos evidenciam as razões que estiveram na base das acções realizadas, constituindo os conhecimentos adquiridos na fase teórica do curso um factor explícito. No segundo excerto o estudante expressa que o seu comportamento, além de ter por base os seus valores, também os conhecimentos adquiridos no curso foram relevantes para a sua acção. O facto de os estudantes identificarem os conhecimentos prévios como factores que influenciam o seu comportamento mostra que aqueles são valorizados como adequados à compreensão das situações e que os estudantes agiram como sujeitos informados, o que lhes permite tomar a responsabilidade pelos actos praticados (Johns, 2004).

Também a valorização que os estudantes atribuem a alguns aspectos abordados no curso, tais como aspectos relativos à comunicação, são tidos como factores que determinam o modo como agiram. Neste sentido refere um estudante:

“No que diz respeito à comunicação, considero que este é um aspecto de extrema importância ao longo do processo de cuidados, e foi por esse motivo que, apesar de me fazer alguma confusão estar a falar com alguém que não me respondia, continuei sempre a tentar estabelecer uma comunicação quer a nível verbal quer não verbal, nomeadamente através do toque.” [RE2].

É claro neste excerto uma certa confusão percebida por parte do estudante ao não obter resposta alguma do cliente com quem falava. Trata-se de um cliente idoso com doença de Parkinson, com patologia infecciosa que reagia apenas a estímulos dolorosos, no entanto, porque valoriza a função da mesma no processo de cuidados, continua a sua acção acompanhada de elementos de natureza comunicacional, transformando o cuidado num verdadeiro processo de cuidados, como refere Hesbeen (1997).

Razões de natureza experiencial

As experiências de cuidados não são isoladas no momento e no tempo em que ocorrem. Elas fazem parte de um contínuo experiencial do sujeito, podendo reflectir a sua relação com experiências passadas (Johns, 1998). Algumas narrativas mostram-nos essa relação e o modo como as vivências pessoais têm expressão nos cuidados que os estudantes praticam.

“As vivências pessoais acerca da importância do diálogo, da libertação do medo que nos invade, e a sua dissipação através da sua transmissão a outra pessoa, sobretudo se ela estiver disposta a ouvir-nos, apresentam-se como fundamento e base à minha acção.” [RA2].

“Agi talvez movida não só pela ânsia de ajudar como também por um reviver relativamente próximo de um tio meu que outrora exausto da luta árdua travada contra o inimigo cancro, perdeu o sentido da vida e recebeu de mãos impregnadas de sofrimento, a morte. (...). Daí que talvez fosse esta visualização imagética do passado que traria até mim a necessidade de enfrentar aquele sentimento de impotência!” [RJ4].

São discursos narrativos que evidenciam a força das experiências prévias no modo como são encaradas e integradas as situações de cuidados no repertório pessoal. É também evidente que aliada às experiências prévias a “ânsia de aprender” constitui motor e fundamento para a acção desenvolvida.

A situação de inexperiência é também assinalada como razão para a acção, como nos relata um estudante:

“Era a primeira vez que estava em contacto com a morte assim tão de perto. Tenho consciência que a enfermeira possa ter ficado com uma ideia errada de mim, pois eu não estava a fugir ao serviço, estava sim a tentar perceber qual a melhor forma de encarar uma situação destas.” [R14].

Nesta situação, o estudante procura dentro de si as razões que o fizeram não agir tomando consciência de que a interpretação dos outros profissionais, perante a atitude passiva adoptada pelo estudante, pudesse não ser a melhor para si próprio. Este processo, de busca dentro de si das razões pelas quais se agiu de determinado modo, permite ao estudante tomar consciência de quem é e de como é nas situações de cuidados, abrindo novas possibilidades de ser e agir em situações futuras (Johns, 2004; 2005).

Razões de natureza estatutária

Nos discursos narrativos de alguns estudantes são alegadas razões que se prendem com o estatuto de ser estudante/estagiário para justificar o modo como agiram, invocando a sua dependência dos profissionais para o processo decisório que leva à acção.

Um estudante refere:

“Considero que talvez na situação em que me encontro, em que sou mera estudante de enfermagem, não poderia ter agido de outra maneira, não possuo autonomia para decidir por mim mesma a minha prestação de cuidados (...). Não foram os meus conhecimentos, nem os meus valores que regeram a minha acção, mas sim a exigência de uma postura, cumprindo apenas as minhas competências, tendo em conta a situação de aprendizagem em que me encontro!” [RJ5].

Neste excerto está claro que as razões pelas quais o estudante agiu não se prendem com os conhecimentos que detém ou com os seus valores, antes o sentir-se “obrigada” a agir de determinado modo pela sua condição de estagiária. Este aspecto é de crucial importância ser conhecido, pois, nestas condições, o estudante pode estar a construir um modo de estar acomodado a um contexto menos favorável em termos de qualidade de cuidados prestados, apenas porque concebe a sua participação nos cuidados, enquanto cumprimento contextualmente desejável, mesmo contrariando conhecimentos e valores pessoais. É uma atitude para a qual devemos estar desportos, no sentido de intervir junto do estudante e/ou equipa de cuidados de modo assertivo. O estudante não deixa de ter a sua autonomia no seu processo de aprendizagem, só porque é estagiário, cabendo-lhe a ele a responsabilidade de decidir agir e informar/discutir com a equipa as razões pelas quais decidiu. Naturalmente, este processo pode, em alguns

contextos, ser particularmente adverso para o estudante e por isso a pertinência de uma supervisão centrada no formando e nos fundamentos teóricos e éticos que informam e sustentam uma prática de cuidados congruente e moralmente aceite.

Razões de natureza ética

Os princípios éticos existem em qualquer sociedade para guiar a acção para o melhor, constituindo referenciais para o desempenho profissional os códigos de conduta definidos pelos grupos profissionais (Johns, 2004; Johns e Freswater, 2005). Alguns estudantes identificaram, no quadro das acções cuidativas realizadas, fundamentos de natureza ética, principalmente ligados à ética dos princípios: o princípio da beneficência não maleficência. Como refere um estudante:

“Em qualquer uma das minhas intenções houve um princípio que me guiou, o princípio da beneficência, pois rege-me por ele é um intuito que procuro seguir em todas as intervenções, visto estarmos presentes para fazer o melhor para as pessoas.” [RA2].

A consciência dos princípios éticos que enformam as acções constitui um factor promotor de autonomia do estudante e dos clientes, bem como do reconhecimento da presença do outro naquilo em que é de diferente assumindo a sua solicitude para cada um, a finitude dos seus limites e a incerteza nos processos de devir (Hesbeen, 1997).

Razões de natureza profissional

Alguns estudantes expressam razões de natureza profissional para o desenvolvimento de acções, na medida em que pretendem com estas desenvolver competências, mesmo em situações relativamente às quais não possuíam experiência prévia, ou porque consideram o exercício de alguns procedimentos na esfera de competência do enfermeiro, como expresso no segundo excerto, que se apresenta.

“No entanto, algumas das minhas acções não foram executadas pelo facto de nunca ter contacto com uma criança portadora de paralisia cerebral, o que torna mais difícil o estabelecimento de interacção. Mas, lutei por este estabelecimento porque queria de alguma forma conhecer um pouco mais esta criança e sua família por forma ao desenvolvimento de competências relacionais para com a mesma e crianças em situação semelhante.” [RF3].

“Considerarei pertinente desenvolver acções de forma assertiva que me permitissem no fundo desempenhar a intervenção de enfermagem. E daí a pertinência da minha abordagem àquela auxiliar.” [RJ2].

Nos dois excertos apresentados, “falou mais alto” a consciência de dever profissional que impeliu a tomada de decisão para a acção.

Razões de natureza pessoal

Também aspectos de natureza pessoal foram identificados como razões no processo de agir. Estes aspectos prendem-se com valores de índole pessoal, mas também profissional e universal,

como é o respeito na relação com o outro, na assunção de que a acção é congruente com aquilo que gostariam que estivesse presente se estivessem “do lado de lá” e que é expresso no excerto que se segue.

“Outro aspecto ainda a referir é o respeito, valor que considero fundamental, indispensável e indissociável da relação com o outro. Em suma agi pensando como gostaria que agissem se fosse eu a estar no “lado de lá”, demonstrando interesse, atenção e respeito, juntamente com sentimento de ajuda e empatia.” [RA2].

Também valores que se enraízam na herança cultural e familiar dos estudantes constituem razões para a acção.

“Todos os sentimentos despertados na minha pessoa, devem-se a uma herança familiar de valores inestimáveis tais como a compaixão, a amizade, o amor e a fraternidade ao próximo. Foram os presentes valores e a crença na ajuda e apoio ao próximo, as razões da minha acção de acalmar e tranquilizar a mãe da doente.” [RD4].

Estes valores, constituindo referenciais para uma verdadeira *praxis*, expressam-se na acção do estudante que crê na sua utilidade e eficácia nos processos de tranquilização dos clientes em situação de sofrimento.

O mesmo estudante, num processo de honestidade ímpar, refere que a sua acção se deveu ao seu “medo de represálias, por não possuir os conhecimentos adequados à situação”.

“De modo geral, o medo de represálias, por não possuir os conhecimentos adequados à situação, (...) foi o motivo major para as minhas acções” [RD5].

Este excerto ilustra também comportamentos que alguns profissionais/supervisores terão face aos conhecimentos que esperam que os estudantes tenham. Não podemos esquecer que os estudantes em situação de aprendizagem clínica são verdadeiros iniciados em cada local de estágio, pelo que a atitude de compreensão e apoio no seu processo de aprendizagem, aceitando o não saber do estudante como um processo de transição para o saber, prevenirá comportamentos defensivos dos estudantes, bem como situações de angústia pessoal, a que tais comportamentos por vezes conduzem. Trata-se de aceitar e até estimular a identificação, por parte dos estudantes, das suas fronteiras do não saber, criando condições de construção do saber gratificantes e duradoiras (Procter e Reed, 1993). Trata-se ainda de estimular processos de justificação da acção feita de modo circunstancial e por referência aos saberes teóricos e contextuais mediados pela estrutura interactiva do grupo social e pela familiaridade com o contexto (Caria, 2002).

Objectivos das acções realizadas

Na análise dos discursos narrativos dos estudantes foram identificadas expressões, cujo conteúdo se situa na explicitação de objectivos, enquanto desejos apresentados pelos estudantes relativos à acção empreendida, que designámos por objectivos das acções realizadas. Os

objectivos das acções de enfermagem constituem finalidades, propósitos ou fins que se pretendem atingir. A explicitação de objectivos, por parte dos estudantes nas suas narrativas, torna possível a consciencialização das acções a empreender, quanto aos resultados esperados com as mesmas. Os estudantes descrevem estes objectivos numa dupla perspectiva: objectivos centrados no cliente, enquanto resultados esperados nos clientes com as suas acções, e objectivos centrados no seu desempenho, enquanto propósitos pessoais das suas acções (quadro 40).

Quadro 40: Objectivos das acções realizadas

OBJECTIVOS DAS ACÇÕES REALIZADAS	
Centrados no Cliente	Estabelecer relação de confiança; Estabelecer relação de ajuda; Estabelecer proximidade com o cliente; Diminuir da angústia do cliente; Acalmar o cliente; Informar o cliente; Ajudar o cliente; Minimizar a ansiedade do cliente; Esclarecer o cliente; Aumentar a auto-estima e segurança do cliente; Tranquilizar o cliente; Ajudar a expressão de problemas; Estimular a expressão de sentimentos; Aliviar a ansiedade do cliente; Distrair a cliente; Proporcionar bem-estar do cliente; Reduzir o desconforto do cliente; Atenuar o sofrimento do cliente; Dedicar atenção ao cliente; Animar a cliente
Centrados desempenho pessoal	Transmitir calma e segurança Obter conhecimento da situação do cliente Desenvolvimento pessoal e profissional

A dupla perspectiva, em que são classificados os objectivos expressos pelos estudantes, pode parecer algo artificial, na medida em que o modo como os estudantes expressam as suas intenções procedimentais parece centrar-se fundamentalmente no seu desempenho pessoal. No entanto, uma leitura mais atenta destes discursos revela que a par dos objectivos centrados no cliente, alguns estudantes expressam também e expectativa de ganhos pessoais, como seja o “desenvolvimento pessoal e profissional”.

Os excertos narrativos que a seguir apresentamos pretendem ilustrar esta dupla perspectiva expressa pelos estudantes.

“Eu, ao sentar-me na beira da cama da D. Alice e ao pegar-lhe na mão, tinha como objectivo mostrar-lhe que estava presente, bem perto, e que lhe dedicava toda a minha atenção” [RE1].

Este excerto parece permitir uma leitura inequívoca de objectivos centrados no cliente. O estudante expressa os objectivos da sua acção naquilo que considera mais ajustado à situação do cliente.

Já o excerto seguinte expressa, a par dos resultados esperados no cliente, a situação, enquanto momento de aprendizagem pessoal, podendo inferir-se a presença de objectivos pessoais de aprendizagem.

“Ao executar-lhe a massagem tencionava acalmar cada vez mais o jovem, dado ter sido em paralelo a esse momento que abordei a questão da intervenção cirúrgica. Procurei ainda transmitir uma mensagem de confiança e segurança, e acima de tudo de compreensão e ajuda. Com a minha conduta de alento, estímulo e incentivo ao longo da situação, procurei que o doente com o qual decorreu este meu momento de aprendizagem, adquirisse mais conhecimento do que se iria processar, e desse modo adquirisse mais calma e descontração.” [RA5].

No excerto seguinte a declaração expressiva de contribuição da acção para o processo de desenvolvimento pessoal e profissional é clara.

“Neste momento de interacção e realização de tal procedimento, tinha intenção de proporcionar o máximo de bem-estar à Sr.ª T., nomeadamente através do toque, valorizando assim o aspecto afectivo e promover uma maior abertura de si mesma e uma melhor expressão dos seus sentimentos, reduzindo o seu desconforto e contribuindo este facto também para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.” [RF4].

De facto, a aprendizagem dos estudantes em contexto clínico possui as duas vertentes, em termos de objectivos: uma vertente centrada no processo de cuidados, cujos resultados das intervenções se direccionam para a alteração/melhoria da situação do cliente, mas também uma vertente de aprendizagem extraída dessas situações, seja pela reflexão sobre as mesmas, seja pela experiência em si, que cumulativamente contribui para a construção de significados em termos de aprendizagem (Hesbeen, 1997; Collière, 2003; Watson, 2004; 2005). Por outro lado, a formulação de objectivos que enformam a tomada de decisão constitui um processo de reflexão sobre a acção antes da prática, pois a planificação cuidada dessa prática permite construir os planos de trabalho (Schön, 1998).

Recursos mobilizados para as acções realizadas

Além de discursos que evidenciam, relativamente às formas de agir profissional, a componente decisória do processo de agir, a realização de acções, propriamente ditas, as razões pelas quais foram realizadas e os seus objectivos, os estudantes expressam também, em algumas narrativas, os recursos mobilizados para a realização das acções, recurso, enquanto *“meio de que se lança mão para alcançar um fim”* (Costa e Melo, 1977).

Os recursos expressos pelos estudantes são, na sua maioria, sobreponíveis às razões invocadas para as acções, pois são apresentados os conhecimentos prévios, princípios éticos; valores, vivências e experiência pessoal, bem como a intuição e o envolvimento pessoal (quadro 41), enquanto meios de carácter cognitivo e disposicional de que se serviram para a realização da acção.

Este tipo de recursos expressos pelos estudantes, mais do que os recursos materiais ou organizacionais que concertiza estiveram presentes nas suas acções, mas que não valorizaram expressivamente enquanto tal, enquadra-se no saber mobilizar num determinado contexto um repertório de recursos, em termos de conhecimento, capacidades cognitivas ou relacionais, mas também a subjectividade e identidade profissional na concretização das acções (Boterf, 1997). Na

perspectiva do autor, o envolvimento subjectivo de um profissional, caracteriza-o, em termos de competência, pelo que contar com um profissional é contar com o envolvimento da sua personalidade, é confiar não somente na sua qualificação, mas na sua pessoa (Boterf, 1997).

Quadro 41: Recursos mobilizados para as acções realizadas

RECURSOS MOBILIZADOS PARA AS ACÇÕES REALIZADAS	
Conhecimentos prévios	
Princípios éticos	
Valores pessoais	
Vivências pessoais	
Experiência pessoal	
Intuição	
Envolvimento pessoal	Tentei dar o máximo de mim

Deste modo, a par dos conhecimentos teóricos “*adquiridos durante o curso*” [RA3; A5]; [RD1; D2]; [RF5]; [RG5]; [RH4] e dos princípios éticos, nomeadamente o princípio da beneficência, não maleficência que um estudante refere repetidamente nas suas narrativas (RA), a personalidade é também expressa, enquanto valores, vivências, experiência pessoal e intuição bem como o envolvimento pessoal, sob a forma discursiva de “*Tentei dar o máximo de mim*” [RF4] ou “*Procurei dar o meu melhor*” [RE1].

A mobilização de um saber, seja teórico, de valor ou experiencial, para a acção é uma reconstrução, sendo considerado um processo de valor acrescentado, no sentido da produção de competência. Face a um problema a resolver ou um projecto a realizar o estudante constrói uma arquitectura cognitiva da competência, mobilizando o que está arquivado na sua memória de longa duração, através de triagem e tratamento adequados, para que os recursos de saber e saber fazer sejam adequados à situação (Boterf, 1997). Neste processo, constitui factor de aprendizagem e desenvolvimento de competência o saber envolver-se na situação, enquanto recurso ético e de subjectividade pessoal (Boterf, 1997; Benner, 2001; Johns, 2005). O envolvimento gera confiança pessoal e organizacional, pois que aquele que se envolve integra a sua biografia no acto que pratica, assumindo a responsabilidade imputável das suas decisões ou dos seus actos, o que permite que se possa contar com o profissionalismo no exercício profissional (Boterf, 1997).

Factores que influenciaram a acção

A identificação de factores que influenciaram a acção realizada é também narrada pelos estudantes. Os estudantes consideram aspectos de natureza contextual, como sejam a rapidez na sucessão dos acontecimentos, bem como a dificuldade de comunicação com o cliente. São também descritos, com maior expressividade, factores de natureza pessoal, nomeadamente elementos da história pessoal, crenças, valores e características pessoais, bem como a motivação do próprio estudante, os seus conhecimentos e experiência prévia (quadro 42).

Quadro 42: Factores que influenciaram a acção

FACTORES QUE INFLUENCIARAM A ACÇÃO		
Factores contextuais	Rapidez na sucessão dos acontecimentos Dificuldade de comunicação do cliente	
Factores pessoais	História pessoal Crenças e valores pessoais	
	Características pessoais	Medo de tornar público a ignorância Resposta fisiológica Choque e sentimento de impotência
	Motivação	Desejo de interacção com o cliente Desejo em conhecer um pouco mais o cliente Busca de novas experiências Necessidade de aprendizagem
	Conhecimentos	Reduzido conhecimento
	Experiência previa	Inexperiência Reduzida experiência previa Falta de experiência sensorial

Nos factores de natureza contextual, se bem que referidos de forma episódica, são expressos aspectos que o estudante não tem capacidade em controlar, como nos refere um estudante:

“Para isto contribuiu também a rapidez da sucessão dos acontecimentos, pois não tive tempo para equacionar os meus sentimentos com a necessidade de pensar e agir rapidamente.” [RD5].

Um outro estudante refere que:

“os factores que influenciaram a comunicação foram a dificuldade da criança em comunicar, as minhas emoções e o reduzido conhecimento e experiência anteriores relativos a esta situação.” [RF3].

Neste excerto, associado aos factores de natureza contextual, que decorre das características da própria criança e que o estudante percebe como terem constituído entrave à sua própria comunicação, estão também presentes factores de natureza pessoal. O estudante toma consciência de que o modo como lida com a situação é influenciada não só pelos aspectos particulares da criança mas também por aquilo que ele é na sua subjectividade emocional, bem como o seu conhecimento e experiências prévias que considera serem reduzidos, quanto àquela situação específica.

A história pessoal dos estudantes, bem como as suas crenças e valores constituem factores que, também eles, influenciam as suas formas de agir. Como nos refere um estudante:

“Quanto aos factores que influenciaram as minhas acções e a decisão de empreender uma comunicação empática baseada na igualdade de posições entre utente e enfermeira, foram os meus conhecimentos, crenças e valores, a observação e discussão prévias, o respeito, a amizade, a autenticidade, a franqueza, sinceridade, simplicidade e naturalidade, entre outros de igual importância.” [RH4].

A par dos valores e crenças pessoais proactivas também o medo de tornar pública a ignorância relativa a determinada situação, a resposta fisiológica activada perante a sobrecarga sensorial inerente a certas situações de cuidados, como seja uma úlcera de pressão infectada, bem como o choque e o sentimento de impotência perante determinada situação, são factores que os estudantes percebem como tendo pesado nas suas formas de agir. Disso mesmo nos dá conta alguns estudantes ao referirem:

“O medo, foi provavelmente o factor predominante, medo de lidar com uma situação delicada, medo de não saber o que fazer e medo de tornar público a minha ignorância nesta área.” [RD5].

“Houve alguns factores fisiológicos dos quais muito provavelmente não conseguia fugir, mas esta minha reacção a algo tão corriqueiro com colocar um enteroclitór é devida a um conjunto de factores. O principal factor é devido a ser muito difícil numa aula prática alertar todos os sentidos, como os meus foram alertados neste caso, pois é difícil prepararem-nos para esta profissão sem nos mostrarem a realidade dos factos.” [RC4].

“Os factores internos que me bloquearam a acção foram o choque e o sentimento de impotência, no entanto, os que me impulsionaram posteriormente para agir foram o querer abordar mais de perto aquela situação uma vez que nunca tinha contactado com tal realidade.” [RF5].

No terceiro excerto, verifica-se que a par de factores de natureza bloqueadora ocorrem factores proactivadores, como sejam a motivação para agir no sentido do desejo de “abordar mais de perto a situação”. Do mesmo modo outros estudantes expressam o seu desejo em querer abordar as situações, enquanto factor motivador, pelo valor que lhes é atribuído como cuidado de enfermagem ajustado às necessidades dos clientes, bem como constituírem factor de aprendizagem, considerando que a experiência prévia com determinadas situações é escassa ou mesmo inexistente, mesmo que essas situações de aprendizagem possam ser “dolorosas” [RF5].

Os estudantes ao considerarem os factores que estiveram presentes e de algum modo influenciaram o modo como interagiram comportamentalmente com as situações procuram dentro de si, por vezes profundamente e de modo algo doloroso, pelo reviverem determinadas situações que lhes foram penosas, o que é essencial para a auto-compreensão dos processos, bem como para um olhar profundo dentro de si, que revela influências oriundas das suas práticas sociais e culturais (Johns, 2004). O medo constitui muitas vezes o factor de maior relevo na interacção comportamental dos estudantes com as situações, pelo seu potencial poder de paralisar, mas quando tornado consciente sob a forma de narrativa estimula o seu controlo abrindo as possibilidades de uma aprendizagem significativa (Gully, 2005).

Palmer, Burns e Bulman (1995) documentaram a importância de os estudantes identificarem os factores que estiveram presentes na situação e a influenciaram, salientando que a existência de factores externos (organizacionais e /ou profissionais) e internos (relativos ao próprio estudante), tais como: experiências prévias, sentimentos de hostilidade ou desconfortantes para com o cliente ou família, bem como sentimentos de subordinação, são identificados pelos estudantes.

Avaliação das acções / observações realizadas

No processo narrativo dos estudantes, identificaram-se discursos avaliativos quanto às acções empreendidas perante as situações. Esta é uma componente auto-avaliativa que se refere à habilidade para fazer julgamentos acerca do valor de qualquer coisa, envolvendo um “*olhar para trás*” (Atkins, 2005: 43).

A auto-avaliação expressa é um processo pessoal no qual cada estudante examina as suas próprias acções relativas a determinada situação. Este processo auto-avaliativo foi expresso pelos estudantes tendo como critérios as acções/observações realizadas e os resultados observados no cliente ou em si próprio, enquanto resultados positivos e negativos para o cliente e resultados positivos, possíveis ou negativos para si próprio. Além dos critérios de julgamento centrados nos resultados observados nos clientes e/ou em si próprio, foram considerados os resultados observados nos outros elementos da equipa, expresso pelo “compromisso do bem-estar dos profissionais” (quadro 43).

Avaliação das acções centrada nos resultados para o cliente

Em função dos resultados observados no cliente, os estudantes expressam a avaliação das suas acções como positivas ou negativas.

São considerados resultados positivos no cliente resultantes das acções empreendidas a *satisfação do cliente, receptividade do cliente, cliente mais confiante e auto-estima reforçada, bem-estar do cliente, cliente mais consciente das suas capacidades, cliente mais auto-confiante, cliente mais esclarecido, cliente mais calmo após a acção, diminuição da ansiedade do cliente, melhoria na dimensão psicológica do cliente, melhoria da participação da mãe nos cuidados e o agradecimento pelo apoio prestado* foi também considerado um resultado positivo, na medida em que expressa a satisfação do cliente pelos cuidados recebidos e o estudante percebeu-o como tal. Os resultados expressam sobretudo a observação da mudança no estado do cliente, nomeadamente o aumento da auto-confiança, auto-estima reforçada, diminuição da ansiedade e maior consciência nas capacidades.

Este processo avaliativo é expresso por um estudante do seguinte modo:

“Examino as minhas intervenções de adquirir conhecimentos da situação da doente, de escuta, de incentivo e encorajamento, de forma positiva, visto as considerar oportunas e adequadas à situação, onde realmente o seu objectivo foi satisfatoriamente atingido, dado terem aumentado a confiança da Sra. X em si mesma e aumentado a sua participação na satisfação desta necessidade fundamental de comer, diminuindo assim o seu grau de dependência. Considero ainda que a minha actuação contribuiu também para aperfeiçoar a minha forma de executar alguns objectivos desta natureza.” [RA4].

Este excerto narrativo expressa a intencionalidade com que o estudante examina as suas acções e o seu impacto no cliente, evidenciando uma apreciação bastante objectiva no seu julgamento, bem como o modo como as acções realizadas contribuíram para o aperfeiçoamento na sua forma de execução.

Quadro 43: Avaliação das acções / observações realizadas

AVALIAÇÃO DAS ACÇÕES / OBSERVAÇÕES REALIZADAS			
Centrada nos resultados para o cliente	Resultados positivos	Satisfação do cliente Receptividade do cliente Cliente mais confiante e auto-estima reforçada Agradecimento pelo apoio prestado Bem-estar do cliente Cliente mais consciente das suas capacidades Cliente mais auto-confiante Cliente mais esclarecido Cliente mais calmo após a acção Diminuição da ansiedade do cliente Melhoria na dimensão psicológica do cliente Melhoria da participação da mãe nos cuidados	
	Resultados negativos	Compromisso do bem-estar do cliente Aumento do sofrimento do doente	
Centrada nos resultados para si próprio	Resultados positivos	Em termos de desenvolvimento profissional	Desenvolvimento de competências comunicacionais Desenvolvimento de capacidades de comunicação com criança com paralisia cerebral Aperfeiçoamento de técnicas relacionais Desenvolvimento de aspectos éticos Novo sentido à prática de cuidados
		Em termos de eficácia das intervenções	Contacto bem sucedido com a cliente Conseguiu transmitir confiança à cliente Conseguiu tranquilizar a cliente Melhor conhecimento do cliente Ter obtido mais confiança por parte do cliente
		Em termos de congruência das intervenções e comportamentos	Congruência entre as acções realizadas e a pesquisa bibliográfica Concordância com os protocolos do serviço Acções adequadas à situação Acções oportunas à situação Comportamento como era esperado
		Em termos de correcção das intervenções	Modo de agir correcto Apreciação positiva das acções Não considerar a sua atitude incorrecta Não considerar que tenha errado Percepção do erro cometido
		Em termos de bem-estar pessoal	Consecução de objectivos pessoais Gratificação pessoal
	Resultados possíveis	Tentei fazer o melhor possível Noção de que poderia ter feito mais Procurei agir utilizando o bom senso Procurei agir evitando fazer juízos de valor Limitei-me a dar a mão Poderia ter sido mais profissional Deveria ter pensado melhor antes de criticar	
	Resultados negativos	Compromisso do bem-estar pessoal	
Outras	Compromisso do bem-estar dos profissionais		

O envolvimento pessoal no processo de avaliação de resultados efectivos das intervenções, seja no cliente, seja na aprendizagem constitui uma etapa na sistematização do processo de cuidados de enfermagem (Leddy e Pepper, 1993). As autoras, alertam para o facto de que a avaliação possa ser um processo difícil, principalmente quando se trata de avaliar objectivamente aspectos de natureza qualitativa, como os que são enunciados pelo estudante (aumento da auto-confiança do cliente), pelo que as assumpções avaliativas deverão ser feitas acerca do significado do comportamento observado e o que é que contribui para a consecução de um específico objectivo. Estes elementos estão presentes no modo como o estudante avalia a pertinência das suas acções e os resultados observados no cliente.

O recurso à percepção do cliente acerca dos resultados de determinadas intervenções constitui outro modo de avaliar a eficácia das intervenções. Um outro estudante manifesta este processo, do seguinte modo:

“Ganhei uma grande empatia com esta doente, assim sempre que tinha um pouco mais de tempo deslocava-me ao quarto da mesma para conversarmos um pouco mais. Assim ela sabia que eu estava ali para a ajudar, e para lhe prestar todo o apoio e ensinamentos possíveis. Estas conversas serviam, como a mesma disse, para lhe minimizar a ansiedade e fazia-lhe esquecer as coisas menos boas de estar hospitalizada.” [R13].

O estudante revela a eficácia das suas intervenções expressando a opinião do cliente quanto aos benefícios que atribui às intervenções do estudante. Deste modo, os estudantes podem precisar, com algum grau de certeza, as implicações das suas intervenções no cliente (Leddy e Pepper, 1993; Schutz, Angove e Sharp, 2005).

As avaliações das acções centradas nos resultados do cliente são expressas pelos estudantes considerando também aspectos negativos, nomeadamente em termos de *compromisso do bem-estar do cliente* e *aumento do sofrimento do doente*. Estas avaliações são expressas narrativamente do seguinte modo:

“Qualquer atitude ou comportamento tem repercussões na vida da pessoa que as toma, e muitas vezes na vida das pessoas directa ou indirectamente implicadas na situação. Neste caso, as implicações das minhas acções são óbvias e preocupantes. A minha falta de conhecimentos e a minha opção em não a confessar, comprometeu o bem-estar do menino, em primeiro lugar, o meu, o dos profissionais. O bem-estar do menino, porque não tinha a garantia de, caso sofresse uma convulsão, receber os cuidados adequados e em tempo adequado; o bem-estar pessoal, porque, conhecia as minhas dificuldades em cuidar do menino sozinho, mas, de certa forma, inconscientemente, tinha feito essa opção; o bem-estar dos profissionais, uma vez que a sua competência ficou condicionada pelo meu comportamento e pela possibilidade da mãe do menino se revoltar e questionar a qualidade da profissão. Felizmente tudo correu bem, e o menino não sofreu nenhuma convulsão, mas independentemente deste facto, permanece o remorso pela atitude tomada.” [RD5].

“Tenho consciência que a minha prestação de cuidados conduziu a um aumento acentuado do sofrimento daquele senhor, que se fazia sentir por entre aqueles fâcias pálidos, apáticos, mas que denotava uma dor acrescida, um sofrimento impossível de descrever através das palavras.” [RJ5].

Na primeira transcrição, o estudante aprecia os resultados da sua intervenção, neste caso centrada na sua tomada de decisão em assumir os cuidados a uma criança com história de convulsões sem ter conhecimentos acerca da intervenção a implementar, no caso de tal ocorrer, considerando as possíveis implicações dessa sua tomada de decisão para a criança e para a equipa, bem como os resultados para si mesmo. As três dimensões avaliativas reveladas pelo estudante ilustram as áreas implicadas num processo de decisão em enfermagem, bem como os resultados da intervenção (Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey, 1989). Felizmente, como refere o próprio estudante, a criança não apresentou nenhum episódio convulsivo durante o período em

que ficou com ela, mas as implicações da sua decisão foram apreciadas de modo sistémico e o mal-estar pessoal foi percebido de modo genuíno e profundo, fazendo crer que este processo avaliativo constituiu um indelével factor de aprendizagem pela consciência do erro e a possibilidade de o estudante não incorrer no mesmo erro em situações futuras.

Quanto às áreas apreciadas pelo estudante no seu processo avaliativo, Leddy e Pepper (1993) consideram que estas devem ser explícitas na avaliação dos cuidados de enfermagem. As autoras assinalam que a possibilidade da não resolução de problemas do cliente pode residir, precisamente nas dimensões apresentadas pelo estudante: *no cliente*, quando estão presentes expectativas não realísticas, insuficiente ou inadequada comunicação ou não adesão terapêutica; *no enfermeiro*, nomeadamente quando este tem falta de conhecimentos, dados insuficientes, definição de prioridades inadequadas ou outras; *na equipa profissional*, quando esta possui informação insuficiente acerca do cliente ou défices comunicacionais dentro da equipa e ainda *nas pessoas significativas* do cliente, nomeadamente por falta de compreensão ou aceitação do plano terapêutico (*ibidem*: 312).

Na segunda transcrição, o estudante explicita a consciência de que a sua prestação de cuidados terá conduzido a um aumento de sofrimento do cliente, assumção expressa a partir de dados objectivos observados no cliente, nomeadamente a expressão facial. Esta avaliação refere-se à intervenção realizada pela estudante, enquanto cumprimento de prescrição médica para um cliente em fase terminal, e que o estudante questiona a sua validade e pertinência ética, nomeadamente pelo sofrimento infligido ao cliente numa situação daquelas. Este processo avaliativo do estudante revela um apurado raciocínio ético, fazendo crer que, por essa via, o estudante está a construir processos de autonomia e emancipação no processo de produção de cuidados.

Avaliação das acções centrada nos resultados para o si próprio

Os estudantes, no seu processo narrativo, expressam a avaliação das acções, também enquanto resultados centrados neles próprios. Estes resultados são de natureza positiva, nomeadamente quanto à percepção de estudante em termos de desenvolvimento profissional, em termos de eficácia das intervenções, em termos de congruência das intervenções e comportamentos, em termos de correcção das intervenções e quanto ao bem-estar pessoal percebido.

A transcrição que se segue ilustra este tipo de avaliação:

“Pessoalmente foi muito gratificante poder aplicar em prática mais uma vez, alguns conhecimentos acerca da importância intervir de modo a levar o outro a atingir mais autonomia.” [RA4].

O estudante revela a gratificação pessoal pelo facto de ter conseguido utilizar alguns conhecimentos na prática e com isso promover a autonomia do cliente. De facto, o processo cuidativo tem repercussões sobre a profissão, pois que define o seu papel perante os clientes e

outros profissionais, sobre o cliente, no sentido de assegurar a continuidade de cuidados, que cria um ambiente seguro e terapêutico e sobre o enfermeiro pelo aumento de satisfação com o trabalho e potenciação do profissionalismo e profissionalidade (Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey, 1989).

Outro estudante refere:

“Não considero que a minha atitude seja incorrecta, mas se tivesse na altura aproveitado para dizer algumas palavras de conforto ou simplesmente aproveitado para exprimir também alguns dos sentimentos que me iam na alma, penso que a minha presença teria sido mais proveitosa para ambas. Mas não considero que tenha errado porque, o saber escutar os outros também é muito importante, aliás é fundamental no cuidado ao outro.” [RB2].

Neste caso, o estudante tem a noção de que se poderia ter dada mais de si, embora considere que não tenha sido incorrecto, avaliando a sua intervenção como importante naquela situação.

Um outro estudante revela-nos o quanto ficou satisfeito e confortável consigo próprio pela intervenção realizada:

“Tendo em conta a situação anteriormente descrita, confesso que fiquei contente comigo mesma por ter conseguido transmitir alguma confiança àquela mãe e isso coloca-me numa situação de algum conforto.” [RE5].

O desenvolvimento de capacidades pessoais é percebido na avaliação que os estudantes fazem do seu desempenho. O seguinte excerto narrativo mostra-nos esta avaliação:

“Acho que agi da melhor forma, tentando sempre estabelecer uma relação (...) tive oportunidade de desenvolver uma capacidade que estava pouco desenvolvida, comunicar com uma criança com dificuldades na comunicação.” [RF3].

Nas formas de agir profissional, alguns estudantes expressam a componente observacional, enquanto intervenção dirigida para o processo de aprendizagem por modelação. A transcrição que se segue ilustra a importância da aprendizagem pela observação de profissionais competentes e o impacto positivo que estas observações têm no processo avaliativo dos estudantes.

“A experiência de ter observado o enfermeiro da D.R. (...) fez-me atribuir um novo sentido à prática de cuidados de enfermagem. Ser capaz de ver para além da evidência, ter a capacidade de sentir para além do que vejo, ser capaz de comunicar de diversas formas e de aplicar conhecimentos na prática de cuidados individualizados e de qualidade são objectivos que defini para o meu desenvolvimento como estudante e, posteriormente, como profissional na prestação de cuidados de enfermagem.” [RG1].

Além de resultados positivos expressos pela avaliação dos estudantes quanto a si próprios, outro tipo de resultados, que designamos de possíveis, são expressos. Possíveis, no sentido em que os estudantes realizaram as intervenções mais aceitáveis, considerando os recursos pessoais

disponíveis e o compromisso pessoal com a ética dos princípios, nomeadamente o princípio da beneficência, não maleficência, atrás já referido.

Deste modo, consideramos resultados possíveis, na perspectiva avaliativa dos estudantes, a consciência de ter *feito o melhor possível* [RE5]; a *noção de que poderia ter feito mais* [RF5], [RI1]; o cuidado em *agir utilizando o bom senso* [RE3]; *evitando fazer juízos de valor*; e ainda a auto avaliação de desempenho no sentido do que apenas foi feito, como por exemplo: *limitei-me a dar a mão* [RG2]; *poderia ter sido mais profissional* [RC3; 5]; *deveria ter pensado melhor antes de criticar* [RB1].

Este tipo de avaliações demonstra a natureza complexa e incerta que os cuidados de enfermagem encerram, demonstrando também a abertura para e aceitação dessa complexidade por parte dos estudantes, cujo compromisso é o de poder vir a ser melhor em futuras situações.

Enquanto resultados negativos, um estudante expressa o *compromisso do bem-estar pessoal* [RD5] no seu julgamento avaliativo, numa situação anteriormente apresentada.

A explicitação da interacção comportamental dos estudantes com as situações de cuidados narradas traduz uma mente cultural particular que é objectivada, possibilitando o pensar sobre os resultados e as consequências da acção para além do face a face, na qual essa objectivação está associada a uma *reflexividade interactiva* que formaliza os saberes tácitos e explicita a linguagem contextual (Caria, 2002) nos processos de produção de cuidados de enfermagem. Também, está presente, nas formas de agir profissional expressas pelos estudantes, um processo de desconstrução dessas práticas, quando são interrogadas as opções tomadas, durante a planificação ou durante a própria acção.

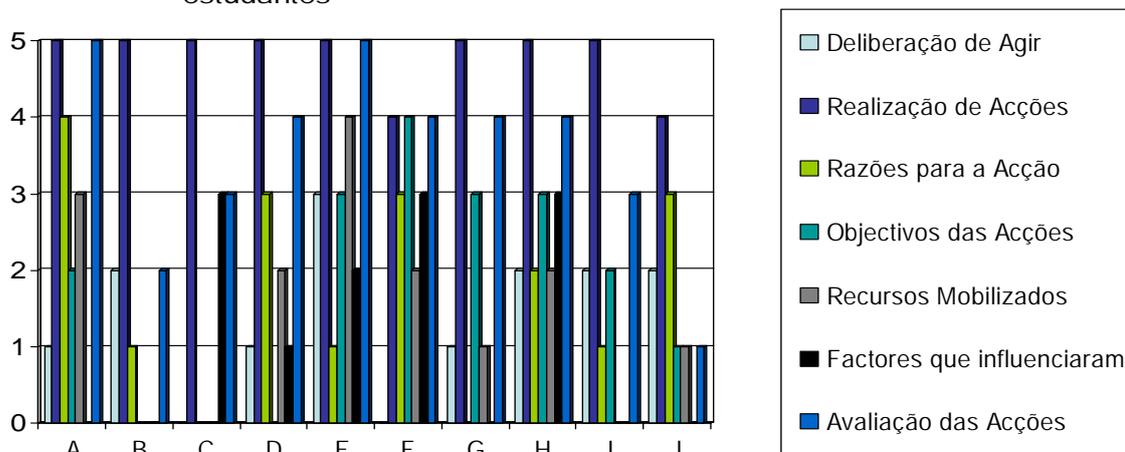
Factores de Variabilidade

No sentido de analisar com maior detalhe a interacção comportamental expressa pelos estudantes com as situações narradas, realizamos o cruzamento de intersecção deste tema, formas de agir profissional, com elementos de caracterização pessoal, contextual e de continuidade narrativa. Este cruzamento proporciona condições para se poder analisar a variabilidade presente nos discursos narrativos, considerando o estudante enquanto indivíduo singular, o contexto no qual são produzidas as narrativas e a continuidade na sua construção.

Variabilidade Pessoal nas Formas de Agir Profissional

A expressão de formas de agir profissional dos estudantes, considerando as componentes *deliberação de agir, realização de acções, razões para a acção, objectivos das acções, recursos mobilizados, factores que influenciaram e a avaliação das acções* parece variar em função dos estudantes (gráfico 24).

Gráfico 24. Distribuição das formas de agir profissional, segundo os estudantes



Apenas dois estudantes expressam todas as componentes da forma de agir profissional (estudantes E e H), embora com pregnância diferente em cada uma das componentes. O estudante C narra apenas três componentes da acção identificadas, sendo a realização de acções expressa em todas as narrativas e os factores que as influenciaram bem como a avaliação das mesmas expressas em três narrativas.

A componente mais expressiva nas formas de agir profissional, narradas pelos estudantes, é a realização de acções seguida da componente avaliação das acções. Estas componentes são expressas por todos os estudantes, embora com pregnância narrativa diferente.

A realização de acções constitui uma componente da acção presente em todos os discursos narrativos dos estudantes, cuja pregnância se destaca em relação às outras componentes expressas. Oito estudantes narram a realização de acções nas cinco narrativas realizadas e dois em quatro narrativas (estudantes F e J).

As componentes menos expressivas são os factores que influenciaram as acções, expressas apenas por cinco estudantes, variando esta expressão entre uma narrativa (estudante D), duas narrativas (estudante E) e os restantes expressam esta componente em três narrativas. A deliberação de agir, embora expressa por oito estudantes, apresenta uma baixa pregnância, considerando o número de narrativas realizadas. A deliberação de agir é expressa pelos estudantes apenas em uma ou duas narrativas e só um estudante a expressa em três narrativas (estudante E).

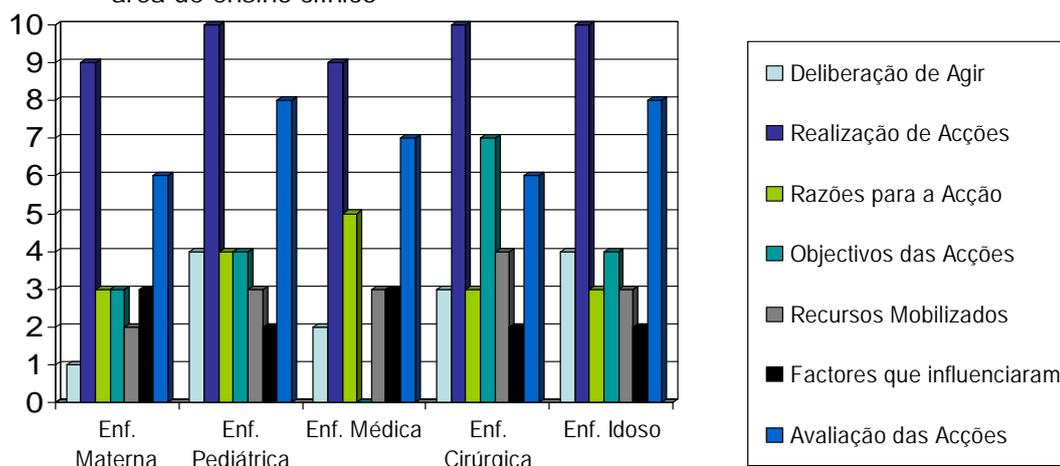
Perante estes dados, parece-nos poder inferir a grande variabilidade pessoal na expressão narrativa de formas de agir profissional, conjecturando a possibilidade de estes resultados estarem relacionados com a qualidade supervisiva realizada com os estudantes, bem como com a natureza idiossincrática de subjectividade e pessoalidade individuais dos estudantes. Por outro lado, esta variabilidade pessoal na expressão das formas de agir profissional faz-nos crer, com alguma plausibilidade, na abertura do enquadramento sugerido aos estudantes para a realização

das suas reflexões, deixando em aberto o campo de possibilidades de significado valorizado por cada estudante nas suas expressões narrativas.

Variabilidade Contextual nas Formas de Agir Profissional

Quando cruzamos as formas de agir profissional com o contexto experiencial no qual são produzidas, observamos, também variações na expressão narrativa dos estudantes (gráfico 25).

Gráfico 25. Distribuição das formas de agir profissional, segundo a área de ensino clínico



Os estudantes expressam todas as componentes identificadas na forma de agir profissional nas diferentes áreas de ensino clínico, excepção observada na área de enfermagem médica, na qual não se observa a expressão de objectivos da acção.

Constata-se, também aqui, uma maior expressividade na manifestação de realização de acções, que está presente em todos os contextos e em quase todos os estudantes. Somente na área de enfermagem materna e enfermagem médica a expressividade é menor, contudo mantendo elevados índices de frequência (9 em 10 estudantes narram a realização de acções). A realização de acções é imediatamente seguida da expressão da avaliação das mesmas, e a menor expressividade observada em todas as áreas de ensino clínico é para os factores que influenciaram as acções.

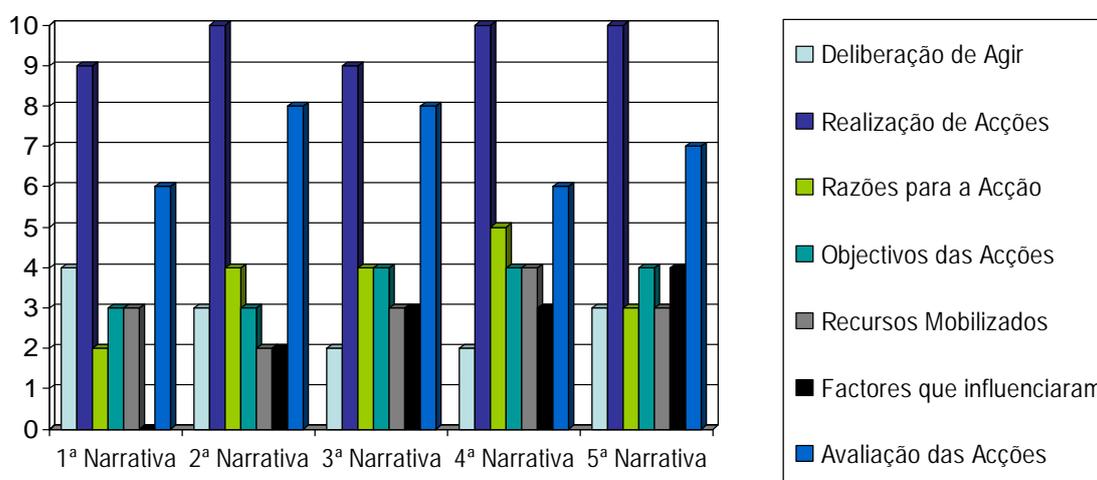
Considerando alguma dispersão relativa aos componentes identificados na expressão de formas de agir profissional, globalmente o contexto parece não se traduzir em variações acentuadas na expressão narrativa dos estudantes. Estes resultados parecem não ser concordantes com as perspectivas de alguns teóricos, que assinalam a importância dos contextos como factor promotor ou inibidor dos processos de reflexão (Boud, Cressey e Docherty, 2006), nomeadamente por processos de acomodação cultural (Johns, 2004) ou pelas estruturas políticas e sociais (Bulman, 2005a) que não valorizam tais processos. No entanto, os contextos nos quais foram promovidos processos de reflexão com os estudantes, embora reais e por isso impregnadas das características socioculturais e organizacionais dos mesmos, foram

contextos nos quais os processos de reflexão foram programados, monitorizados e supervisionados por profissionais preparadas especificamente para essa finalidade. Talvez por este motivo não se observem variações significativas nas narrativas dos estudantes em função dos contextos.

Variabilidade de Continuidade Narrativa nas Formas de Agir Profissional

A continuidade narrativa, em que foram realizadas as reflexões dos estudantes, parece evidenciar alguma variabilidade na expressão das formas de agir profissional expressas (gráfico 26).

Gráfico 26. Distribuição das formas de agir profissional, segundo a narrativa



A componente que parece apresentar maior variabilidade refere-se à identificação dos factores que influenciaram as acções realizadas. Constata-se que esta componente não é expressa na primeira narrativa que os estudantes constroem e a sua expressão vai sendo progressivamente maior à medida que a construção narrativa ocorre. Na quinta narrativa aquela componente já é expressa por 4 estudantes. Este dado poderá permitir-nos afirmar que à medida que ocorre a construção narrativa, os estudantes vão aprofundando o seu raciocínio reflexivo em torno das acções por eles realizadas nas situações de cuidados experienciadas.

Uma outra componente que parece variar com a continuidade narrativa é a explicitação das razões para a acção realizada. À medida que os estudantes vão realizando mais narrativas, aquela componente torna-se mais expressiva, embora se observe uma menor expressividade na última narrativa. Será que os estudantes, na construção de uma quinta narrativa reflexiva em ensino clínico atribuirão menor importância à explicitação das razões que os levaram a agir de determinada maneira?

A explicitação dos objectivos da acção realizada é outra componente que acusa variação com a continuidade narrativa. Embora com uma diferença muito ténue na expressividade com que ocorre com a continuidade narrativa, a identificação dos objectivos da acção vai evoluindo quanto a sua frequência para uma maior expressão. Do mesmo modo, a expressão da avaliação das

acções parece ser mais evidente à medida que as narrativas vão sendo realizadas, denotando-se, no entanto, um ligeiro decréscimo da terceira para a quarta narrativa, voltando a ser mais expressiva na quinta narrativa.

Quanto à expressão da tomada de decisão, designada de deliberação de agir, é flutuante ao longo da construção das narrativas, não nos permitindo inferir qualquer factor de variabilidade de construção narrativa na explicitação da deliberação de agir expressa pelos estudantes.

Globalmente, pelos elementos constatados, parece que podemos afirmar a construção e um pensamento mais complexo e reflexivo em torno das formas de agir perante as situações de cuidados à medida que ocorre a continuidade narrativa, do mesmo modo que o constatado para os modos de interacção cognitiva apresentados no subcapítulo anterior. Estes aspectos são congruentes com os achados de investigações realizadas no âmbito de processos reflexivos em enfermagem, documentados por Johns (2004; 2005); Jasper (2005) e Bulman (2005a; 2005b).

3. MODOS DE RESPOSTA ACTIVADOS

Na análise das expressões narrativas dos estudantes identificamos discursos para os quais não possuíamos ferramentas informativas que nos permitisse, à partida, atribuir significados ou fazer interpretações teoricamente sustentadas. Deparamos com esses discursos narrativos quando fazíamos a análise da informação relativa aos sentimentos expressos pelos estudantes, por ex: “senti-me paralisada”, “fiquei bloqueada”, “fiquei em silêncio” ou “senti-me ignorada”; que não “encaixavam” no conceito de sentimento. Após aturada pesquisa e partilha de dúvidas sobre o assunto com profissionais na área da psicologia encontramos um modo possível de fazer a interpretação daquele tipo de expressões. Trata-se, segundo Beck (1996) citado por Salvador (1997) de padrões de resposta de personalidade típicas de cada estudante perante a situação considerada por ele significativa.

Os modos de resposta perante uma determinada situação são considerados por Beck (1996) citado por Salvador (1997) *"sub-organizações específicas dentro da organização da personalidade e que incorporam os componentes mais relevantes do sistema básico da personalidade: cognitivo (ou do processamento da informação), afectivo, comportamental e motivacional"* (p:156). Cada um dos sistemas é composto por "estruturas - esquemas". Esquema é *"uma organização activa de reacções ou de experiências passadas que operam em qualquer resposta orgânica bem adaptada, actuando sem que o indivíduo disso tenha consciência"* (Bartlett, 1932, citado por Salvador (1997: 151). Os esquemas, por definição tácitos (Salvador (1997), podem ser entendidos como organizações de elementos, conceptualmente relacionados, que representam uma abstracção prototípica de um conceito complexo.

Consideramos então que o estudante na sua interacção com as situações significativas de cuidados experimenta um conjunto de sentimentos e pensamentos, já apresentados em capítulos anteriores, que induzem *"um caminho do funcionamento ou da adaptação psicológica"* através de *"estruturas de cognição com significado"* (Beck e Alford, 2000: 24), sendo que significado, neste âmbito, se refere à interpretação do estudante sobre o contexto e a relação daquele contexto com o Eu do estudante. Trata-se de uma resposta de natureza cognitivo -comportamental (Beck e Alford, 2000), resposta esta decorrente do modo com ele elabora conceptualmente os elementos presentes nessa situação, ou seja do modo como ele percebe essa situação. Estes esquemas activados perante uma determinada situação podem ser de natureza adaptativa, mal adaptativa ou disfuncional, como refere Salkovskis (1996). Estas conceptualizações idiossincráticas podem traduzir-se em pensamentos informais ou em teorias pessoais de construção da realidade (Salkovskis, 1996) que podem acompanhar o sujeito no seu trajecto interactivo com as várias situações com que se vai deparando e inclui implicações, significação ou generalizações extraídas da ocorrência do acontecimento. O nível de significado pessoal corresponde ao conceito de domínio pessoal (Beck e Alford, 2000). De acordo com estes autores, há três níveis de cognições na construção de significados: *"i) o pré-consciente, não intencional, automático (pensamentos*

automáticos); ii) o nível consciente; e iii) o nível metacognitivo que inclui respostas realísticas ou racionais (adaptativas)” (ibidem, p. 25).

Deste modo, consideramos como *modos de resposta activados* pelos estudantes face às situações experienciais significativas as componentes *motora, fisiológica, cognitiva e emocional* (Salkovskis, 1996), como ilustra o quadro 44.

Quadro 44: Modos de resposta activada pelos estudantes

MODOS DE RESPOSTA	Componente motora
	Componente fisiológica
	Componente cognitiva
	Componente emocional

A resposta motora relaciona-se com a actividade motora percebida e narrada pelo estudante perante a situação de cuidados que experiencia. A resposta fisiológica refere-se aos aspectos ligados a componentes bio-sensoriais expressos pelos estudantes nas suas narrativas. Já a resposta cognitiva inclui a expressão de cognições activadas em presença da situação significativa experienciada pelo estudante e que constituem, de certo modo, o estilo cognitivo como é lida intrinsecamente a situação.

Quanto às respostas de natureza emocional, estas são tidas enquanto expressões de resposta ainda não ajustada a uma situação nova ou inesperada (Freitas, 1999, citado por Fontes, 2008) ¹⁷ e traduzem a representação do estado do eu (Merluzzi e Carr, 1992), na interacção com a situação experiencial.

3.1. COMPONENTE MOTORA

O sistema motor é encarado como um veículo para exprimir estados de natureza emocional, cognitiva e fisiológica pois permite a expressão corporal daqueles estados na relação da pessoa com o seu meio (Veríssimo, 2000). São descritos como meios físicos de comunicação cognitiva - emocional, por exemplo: “a inflexão da voz, a expressão facial e a postura” (ibidem, p.18)

A resposta de componente motora expressa pelos estudantes inclui estados inferidos por nós como *inquietação motora e bloqueio* (quadro 45).

Quadro 45: Modos de resposta da componente motora

COMPONENTE MOTORA	
Inquietação motora	Agitação Desassossego Estar irrequieta Voz a tremer
Bloqueio motor	Ficar paralisada Ficar estática Ficar sem reacção Ficar bloqueada Sentir-se sem forças Ficar quieta Ficar em silêncio

¹⁷ <http://filotestes.no.sapo.pt/psicEmocao.html>, 29/01/08.

Inquietação motora

A inquietação motora refere-se ao estado de excitação e perturbação percebida pelos estudantes como *agitação, desassossego, estar irrequieta e voz a tremer*.

Este modo de resposta é expresso narrativamente por alguns estudantes do seguinte modo:

“Depois do jantar, deslocamo-nos ao quarto daquela doente e esta já se encontrava morta. Naquele momento invadiu-me um sentimento de tristeza profundo, que foi um pouco difícil de controlar, por momentos senti os meus olhos embargados em lágrimas e uma vontade enorme de me esconder para que ninguém me visse naquele estado, mas tive que ser forte e aguentar. Ainda hoje me pergunto onde fui arranjar forças naquele momento.

Naquele momento estava muito nervosa e isso podia notar-se nas minhas atitudes pois estava muito irrequieta e a minha voz estava a tremer.” [R14].

“Não sei o que se passava comigo, só sei que não consegui permanecer sentada durante muito tempo na cadeira daquele corredor vazio do bloco.

Caminhava sem rumo de um lado para outro, como uma “barata tonta”, sentia a impaciência a ocupar-se de mim! Esta estava de tal forma “entranhada” que já nem parecia ser algo psicológico, mas talvez fisiológico...” [RJ3].

Os excertos acima apresentados evidenciam respostas motoras de desassossego perante a situação vivenciada. Estas respostas decorrem dos auto-esquemas cognitivos que o estudante elabora na situação, tendo por vezes bases autobiográficas (Merluzzi e Carr, 1992), que lhes permite controlar-se na situação (Beck, Freeman e Davies, 2004) como é o caso do estudante I. Trata-se de um esquema de resposta bem adaptativo à situação experienciada, que demonstra uma estrutura de personalidade ajustada à resolução de problemas situacionais (Merluzzi e Carr, 1992; Beck, Freeman e Davies, 2004).

Bloqueio motor

O bloqueio motor alude a estados apreendidos e expressos pelos estudantes enquanto estados de imobilização percebidos na interacção com a situação. Os estudantes percebem-se inibidos de agir, como se algo exterior os bloqueasse. São exemplos destes estados expressos pelos estudantes: *ficar paralisada, ficar estática, ficar sem reacção, ficar bloqueada, não conseguir realizar a passagem de turno e sentir-se sem forças*.

Este tipo de resposta motora é ilustrado nas transcrições que se seguem:

“ (...) eu fiquei estática a olhar para o enfermeiro e a ver como tudo se desenrolava, foi como se uma força invisível me prendesse os movimentos.” [RB1].

“ (...) acho que fiquei um pouco tocada e até surpreendida e isso paralisou-me todos os movimentos e acções. Nunca tinha lidado tão de perto com alguém nesta situação, já tinha ouvido histórias, mas nunca tinha visto ninguém sem uma mama, e depois o imaginar o que aquela senhora estaria a sentir naquele momento misturado com os meus sentimentos perante aquela situação penso que foi um pouco complicado gerir todos aqueles sentimentos.” [RB2].

“Neste momento senti-me sem forças e com pouca capacidade para responder” [RF1].

“Eu fiquei estática, bem sei que a morte é o que todos temos de mais certo, contudo ninguém está realmente preparado para a aceitar!” [RH5].

“Fiquei sem qualquer reacção pois eu estava só a tentar ajudar, mas rapidamente me apercebi que de nada valia, pois a mãe não estava disposta a ouvir.” [R11].

“Perante esta situação, fiquei sem qualquer reacção, nada disse, parece que me faltaram forças para qualquer coisa que fosse. Permaneci imóvel e com olhar atento perante toda aquela situação.” [RJ1].

“Por momentos senti-me com um colete-de-forças de tal forma rígido, que quebrava qualquer impulso nervoso que ousasse em ser conduzido...limitando-me apenas a uma presença física, que me dilacerava.” [RJ4].

Tratam-se de respostas motoras de grande intensidade que os estudantes expressam nas circunstâncias que vivem nestes contextos e que Beck (1996) descreve como “*reacções específicas do indivíduo a um dado conjunto de circunstâncias ao longo do tempo*” (p. 2) que consistem em modos de sub-organizações da personalidade utilizados para lidar com exigências específicas ou problemas, que o autor designa de “*modos primários*” (*primal modes*) (*ibidem*, p.2). Estes modos, enquadrados nos sistemas motivacional e comportamental, fornecem os mecanismos para a mobilização (ou inibição) do organismo para a acção (ou para a inacção). Na perspectiva do autor, estes sistemas incluem as várias estratégias de emergência, tais como a “*luta, a fuga e a paralisação*” (Beck, 1996: 6).

Nas expressões narrativas dos estudantes, acima transcritas, tratam-se de estratégias de paralisação aplicadas de modo automático, involuntário e de resposta rápida à situação, que os inibe de agir e que são metaforicamente atribuídos a factores por vezes externos, que os bloqueiam, como ilustrado por expressões como “*paralisou-me todos os movimentos*” ou “*senti-me com um colete de forças*”, presentes nos excertos narrativos dos estudantes. No entanto, o estudante J, apesar de permanecer imóvel mantém a atenção dirigida para a situação, que evidencia a activação simultânea do sistema motor e cognitivo, muitas vezes presente nas reacções ditas por Beck (1996) como “*normais*” (p. 8).

Permanecer quieta, ficar quieta ou ficar em silêncio revela uma certa “apatia” ou passividade do estudante, considerado também factor de bloqueio motor face à situação, e é ilustrada por expressões como:

“ (...) enquanto isso eu permaneci na sala quieta no canto.” [RB1].

“Por momentos permaneci quieta em silêncio” [RB2].

“Eu fiquei ali parada a olhar para o senhor enquanto este “lutava” para tentar libertar todas aquelas secreções. Eu não fiz nada, fiquei sem reacção, por breves momentos penso que bloqueei perante tamanho aparato.” [RB5].

“Perante esta situação, fiquei sem qualquer reacção, nada disse (...)” [RJ1].

Parece evidenciar-se, nestes excertos, a componente inibitória no padrão de resposta que deixa os estudantes “suspensos” na situação. Não são evidenciados quaisquer impulsos de

intenção conscientes, antes uma inactividade automática, que Beck (1996) atribui à enervação dos sistemas periféricos, tais como o sistema nervoso autónomo, o sistema motor e o sistema sensorial. Nestes casos, como evidenciam os excertos narrativos, os sujeitos ficam inactivos e incapazes, no momento, de activar outro tipo de respostas adaptativas à situação, tais como falar ou mobilizar-se.

As respostas motoras expressas pelos estudantes, nas situações narradas, são de agitação ou de bloqueio, traduzindo a activação de esquemas pessoais interpretativos perante as diversas situações com que se deparam: uns de natureza impulsiva (a agitação, inquietação), outros inibitórios (bloqueio, inactividade) que coarctam a capacidade de resposta motora ajustada à situação. Constituem reacções bem definidas que podem ser vistas como consequências lógicas, consistentes em forma e conteúdo, embora perante as circunstâncias activadoras variem em intensidade (Beck, 1996).

3.2. COMPONENTE FISIOLÓGICA

Nos modos de resposta activados pelos indivíduos, o sistema fisiológico está geralmente envolvido qualquer que seja o modo que de maneira mais evidente tenha sido activado (Beck, 1996). Isto acontece porque, segundo o autor, há sempre activação parassimpática e simpática que se traduz em sintomas fisiológicos. Estes sintomas são importantes, não apenas porque potenciam o impulso de *fuga* ou *luta*, mas também pelas interpretações realizadas sobre os mesmos pelos sujeitos que os experimentam. O feedback fisiológico fornecido, por exemplo, pela contracção muscular quando a pessoa está mobilizada para agir permite o reconhecimento de “*estar preparada para*” (Beck, 1996).

Os estudantes nos modos como interagem com as situações revelam também activação de respostas de natureza fisiológica. Estas respostas, embora pouco expressivas no global de respostas identificadas, referem-se a activações fisiológicas de mal-estar do tipo *incómodo*, *desagrado*, *sentir arrepio*, *sensação estranha* e *aperto no coração* (quadro 46).

Quadro 46: Modos de resposta da componente fisiológica

COMPONENTE FISIOLÓGICA
Incómodo
Desagrado
Sentir arrepio
Sensação estranha
Aperto no coração

O mal-estar fisiológico é expresso pelos estudantes do seguinte modo:

“Os meus pensamentos e sentimentos eram difíceis de controlar porque aquela situação era de tal maneira incómoda que se notava o meu desagrado a fazer aquele procedimento. Foi uma experiência que me marcou e admito que foi muito

difícil vestir a pele de enfermeira sem pensar no quanto aquele cheiro me estava a incomodar, mais difícil ainda é admitir que pensei não poder ser uma boa enfermeira, pois procedi daquela maneira.” [RC4].

“De facto ao entrar na sala de tratamentos deveria ter oferecido a minha ajuda, porém a minha doente aguardava e simultaneamente senti um arrepio que me regelava o corpo e a alma.” [RH5].

“Enquanto caminho no corredor mais a enfermeira em direcção ao quarto da V., todo o meu corpo é invadido de uma sensação estranha, o meu pensamento é um tanto ou quanto descoordenado...” [RJ1]

“Senti um aperto no coração que acabava por se exteriorizar num arrepio que senti por todo o corpo. Foi uma sensação esquisita, não consigo nem sequer descrevê-la.” [RJ3].

No primeiro excerto, é claro que o modo como é atribuído significado pelo estudante naquela situação, ou seja, como é “lida” a situação à luz de esquemas cognitivos pessoais, activa respostas fisiológicas de “incómodo” e “desagrado” na realização do procedimento. É também explícito a activação de respostas de natureza cognitiva (que mais á frente apresentaremos, neste capítulo), tal como o estudante pensar poder não vir a ser uma boa enfermeira, pois as respostas activadas de natureza fisiológica fazem-lhe crer essa possibilidade. Trata-se de uma resposta decorrente do modo como o estudante realiza o processamento da informação naquela situação (Beck e Alford, 2000).

Outras respostas de natureza fisiológica estão expressas nos excertos narrativos apresentados, tais como “sentir arrepio que enregela a alma”, “sensação estranha” e “aperto do coração”, que sendo linguagens metafóricas não deixam de evidenciar o profundo mal estar percebido pelos estudantes na interacção com aquelas situações. Beck (1996) explica a activação da resposta fisiológica “*quando um modo primário é activado*” (p.10), como por exemplo o medo (muitas vezes presente em situações novas ou inesperadas) ou a raiva, que faz manter em alerta todos os sistemas de resposta (cognitivo, afectivo, comportamental e fisiológico) por um período de tempo depois das circunstâncias activadoras terem desaparecido. Os discursos narrativos apresentados referem-se à resposta activada na situação, mas, na perspectiva de Beck, é natural que estas respostas se mantenham por um prolongado período de tempo, mesmo na ausência da circunstância desencadeadora. Deste modo, os estudantes ao narrarem a maneira como viveram as situações é natural que as revivam, podendo ser de novo activadas respostas similares às respostas apresentadas perante a situação, o que constitui um instrumento, por si só, terapêutico (Oatley, 1992; Worthington, 1996; Gonçalves e Gonçalves, 2001; Gonçalves e Henriques, 2002), pois que o sujeito faz o reconhecimento ao nível experiencial da resposta construída na situação (Beck, 1996).

3.3.COMPONENTE COGNITIVA

Na investigação narrativa dos estudantes participantes neste estudo foram identificadas respostas de natureza cognitiva decorrentes da interacção com a experiência vivida.

A resposta cognitiva considera as funções envolvidas no processamento da informação e a atribuição de significados, a selecção de dados, a atenção, interpretação, memória e recordação do sistema cognitivo (Beck, 1996). Este sistema é composto por uma variedade de estruturas cognitivas relevantes para a construção que a pessoa faz de si mesma e dos outros, dos seus objectivos e expectativas e do seu armazenamento de memórias, aprendizagem prévia e fantasias.

A memória ocupa um importante lugar no sistema cognitivo, pois mesmo que a memória de acontecimentos passados possa não ser consciente, pode ajudar a moldar as reacções perante os acontecimentos presentes (Beck, 1996). Este autor considera que as experiências são conceptualizadas e organizadas na memória em torno de temas específicos, pelo que quando um modo particular é activado, as memórias congruentes com o tema do modo são também activadas.

Neste quadro, foram consideradas respostas cognitivas dos estudantes nas situações experienciadas em ensino clínico, os estados cognitivos considerados como *proactivo*, *de dúvida e interrogação*, *de dificuldade*, *de espanto*, *de desvalorização*, *de valorização* e *pensamento descoordenado* (quadro 47).

Estas respostas traduzem as funções do sistema cognitivo, referidas por Beck (1996), pois que expressam a atribuição de significados pelo estudante a si mesmo na situação (*desvalorização*, *valorização*, *dificuldade*) e aos elementos do seu contexto (*dúvida e interrogação*), bem como aos seus objectivos e expectativas (*proactivo*). O pensamento descoordenado refere-se ao pensamento do estudante em relação ao seu próprio pensamento na situação, evocando a natureza metacognitiva presente nesta resposta.

Resposta proactiva

A *resposta proactiva* está ligada ao desejo de agir e aprender, interesse e a consciência expressa por um estudante de que “teria que lidar sozinho com a situação”, bem como o entendimento de “que há algo mais a fazer” na situação experienciada.

Um estudante expressa a sua resposta cognitiva proactiva, do seguinte modo:

“Foi uma situação que me suscitou interesse pelo facto de nunca ter imaginado um pai com um comportamento desta natureza, e por saber como é importante o toque entre as pessoas para o fortalecimento de uma relação, sobretudo quando se trata de pai e filho desde sempre!” [RA1].

Quadro 47: Modos de resposta da componente cognitiva

COMPONENTE COGNITIVA		
Proactivo	Desejo de agir	Vontade de agir Vontade de fazer algo útil Vontade de encontrar as palavras certas Vontade de confortar Vontade de ajudar Desejo de mudar a situação Desejo de incentivar o cliente
		Desejo de aprender; Interesse; Perceber que há algo mais a fazer; Consciência que teria que lidar sozinho com a situação
De dúvida e interrogação	Dúvidas e questões	
	Interrogações	Interrogações face à atitude do cliente Interrogações quanto ao sucesso do cliente Interrogações quanto à capacidade pessoal
De dificuldade		Difícil reagir à situação; Percepção de não estar preparado Ficar sem saber como agir; Não se sentir à vontade; Não saber explicar o que sentiu
De desvalorização		Pensar-se desvalorizada; Pensar--se ignorada; Pensar-se "pequena"; Pensar-se ignorante; Pensar-se incompetente Pensar-se sem direito; Pensar poder não ser uma boa enfermeira
De valorização		Pensar a importância do contacto físico; Pensar que foi capaz; Pensar que o seu papel era necessário
Pensamento descoordenado		

Verificamos que a situação geradora da atitude de interesse centra-se no facto de o estudante não possuir um esquema prévio no qual pudesse acomodar cognitivamente o comportamento observado naquele pai, pelo que o seu modo de resposta é de disposição para compreender o que se está a passar naquela situação, ou seja uma atitude cognitiva de natureza disposicional.

O mesmo estudante, na sua quinta narrativa expressa a mesma resposta proactiva:

“Após ter estado algum tempo perto dele, gerou-se em mim um sentimento de inquietação, em paralelo com a vontade de agir em prol da melhoria de Y, uma vez que aquela situação gerou em mim algum desconforto, ao ver espelhado no seu rosto e testemunhado pelos seus gestos a inquietude e ansiedade.” [RA5].

Neste caso, o estudante responde com a sua “vontade de agir” no sentido da melhoria do estado observado no cliente, manifestando um esquema cognitivo de ajuda perante o sofrimento do outro (cliente), precedido da sua “inquietação”, neste caso o estado gerador da resposta.

Outro estudante expressa o seu desejo “de ver e aprender”, bem como “agir”, embora, em simultâneo “percorrida pelo medo” e “receio”.

“Eu era percorrida pelo medo, pelo receio, mas também por um desejo enorme de ver e aprender e começar a estabelecer alguma relação de empatia tanto com crianças, como com pais e profissionais de saúde que trabalham no serviço. (...) Ao mesmo tempo também sentia uma grande vontade de agir e de fazer algo realmente útil.” [RB1].

Verifica-se aqui a activação simultânea de sistemas de resposta (Beck, 1996), o sistema afectivo/emotivo (medo, receio), sistema primário, e o sistema cognitivo manifesto pelo “desejo de aprender”, que o autor defende poder ocorrer no sujeito em circunstâncias várias. No entanto, como o próprio autor refere “o sistema de controlo consciência está separado, e é relativamente

independente do de modo. Quando activado, este sistema de controlo tem o potencial de se sobrepor, ou, mais precisamente, de anular a energia do modo primário de resposta” (ibidem, p. 12) Isto poderá explicar a razão pela qual, mesmo num estado de medo e receio, enquanto sistema primário, o estudante cria mecanismos cognitivos de resposta que lhe permitem adoptar uma atitude de disposição para agir e não uma atitude de fuga, precisamente porque o “sistema de controlo consciência”, neste caso pessoal e profissional, se sobrepôs.

Um outro estudante expressa a sua cognição atitudinal proactiva, como resposta a uma situação de sofrimento do cliente:

“Na verdade, ao observar todo aquele cenário de sofrimento daquela mãe, esta situação despertou na minha pessoa, uma enorme vontade de confortar aquela mãe em meus braços transmitindo-lhe o calor e energia amiga, de quem nunca teve filhos, mas de quem compreende aquele comportamento de sofrimento.” [RD1].

Do mesmo modo, outros estudantes expressam as suas expectativas de ajuda ao cliente, quando a este e à sua situação são atribuídos significados de dor e sofrimento, que constituem os esquemas cognitivos activados na resposta expressa.

“Pessoalmente, esta situação fez-me desejar incessantemente ajudar aquela doente, dentro das possibilidades que me são oferecidas. Gostaria de aliviar de algum modo a sua dor física já que não sou capaz de aceder ao seu mundo pessoal e detectar carências a outros níveis.” [RG1].

“Senti necessidade de auxiliar o Sr. A e incentivá-lo a expressar os seus sentimentos e percepções (...)” [RG2].

“Aguardei um pouco, voltei a entrar no quarto! Em mim assolou uma necessidade imensa de ajudar aquela criança, mais que não fosse escutá-la somente. Queria pelo menos ouvir a sua voz!” [RJ1].

Também a “consciência de que teria que lidar sozinho com a situação”, mesmo não se sentindo preparado ou o pensar “que havia algo mais a fazer” constituem expressões de modos de resposta cognitiva proactiva.

“ (...) tomei consciência que teria que lidar sozinho com uma situação para a qual não me sentia minimamente preparado.” [RD5].

“ (...) senti que havia algo mais a fazer por ele (o cliente) ...mais que não fosse o simples estar...” [RJ5].

Resposta de dúvida e interrogação

A dúvida e interrogação do estudante perante as situações com que se depara constituem também respostas cognitivas activadas. Traduz um sistema cognitivo de alerta que o poderá conduzir a um comportamento disposicional de procura de esclarecimento dessas dúvidas e interrogações, traduzindo um esquema adaptativo à situação, ou pelo contrário, poderá conduzir a um comportamento disposicional de fuga, o que traduziria um esquema de resposta mal adaptativo (Beck, 1996).

As dúvidas e interrogações geradas no estudante pela situação são relativas ao cliente ou a si próprio, evidenciando a presença de estruturas cognitivas que lhes permitem pensar-se a si próprios na situação e aos outros (Beck, 1996).

Constituem exemplos ilustrativos deste modo de resposta os que a seguir transcrevemos:

“Não consegui exprimir aquilo que sentia, aquilo que me ia na alma e assim não consegui ajudar ninguém, nem a mim própria. Porque é que terá sido tão difícil dizer algo à Sra. M enquanto esta contava a história? Porque terei ficado quieta perante uma situação que mexeu tanto comigo e com os meus sentimentos?” [RB2].

“(…) para a utilização do andarilho com a Sra. A. questionava-me se ela seria bem sucedida e se, caso não fosse capaz, o que poderia fazer ou dizer para reconfortá-la. Estaria eu capaz de lidar com uma possível frustração da parte da utente caso esta não atingisse o seu objectivo? O que fazer quando não conseguimos atingir os objectivos que o utente espera, mesmo que façamos tudo o que estiver ao nosso alcance? Como não arruinar a confiança que este depositou em nós? Estas foram algumas das questões que, momentaneamente, coloquei a mim próprio.” [RD4].

De facto, são notórias as dúvidas e interrogações que os estudantes se colocam no contexto da prática de cuidados, dúvidas e interrogações estas focadas não só no cliente, mas também em si próprio. O modo de resposta pela interrogação expressa pelos estudantes denota a ausência de esquemas cognitivos previamente construídos, relativamente aos temas a que são expostos, fundamentalmente pela inexistência de trajectórias experienciais nesses domínios. A interrogação e a dúvida, tornadas conscientes pelo processo narrativo, constituem, então, um factor positivo para o desenvolvimento de esquemas adaptativos no futuro, pela possibilidade que a própria narrativa encerra de potenciar a construção desses mesmos esquemas (Oatley, 1992).

Resposta de dificuldade

Perante as situações de cuidados, os estudantes expressam, também, respostas cognitivas, que classificamos *de dificuldade*, pois que se relacionam com a construção de significados e interpretações de si na interacção com as situações como *difícil reagir à situação, percepção de não estar preparado, ficar sem saber como agir, não se sentir à vontade e não saber explicar o que sentiu*.

Algumas destas dificuldades, experimentadas cognitivamente, são expressas do seguinte modo pelos estudantes:

“Todas estas perguntas ficaram sem resposta, pois não me senti à vontade para abordar assuntos tão pessoais da parturiente, nem com ela própria, nem com a sua mãe, pois penso também que o momento não era o mais oportuno.” [RI2].

“Na terça-feira, dirigi-me à minha doente e expliquei-lhe que era necessário proceder a colheita de sangue para análise, pois como tinha sido submetida a uma cirurgia, era extremamente necessário sabermos se estava tudo bem com ela. Naquele momento os seus olhos encheram-se de lágrimas e começou com uma respiração muito ofegante. Fiquei sem saber como agir perante aquela situação, o seu medo por agulhas era imenso e só o facto de pensar que a iam picar, deixava a muito nervosa.” [RI3].

“Não sei explicar tudo aquilo que senti ao presenciar tamanha situação, isto porque foram demasiados os pensamentos que se entrecruzavam com sentimentos e emoções.” [RJ1].

Resposta de auto-desvalorização

O modo como os estudantes se pensam a si próprios nas situações traduz um tipo específico de resposta cognitiva, pois expressa a interpretação que o estudante elabora de si mesmo (Beck, 1996). Nas interpretações de si mesmo na interacção com as situações observamos expressões de *desvalorização*, manifestadas por *pensar-se desvalorizada*, *pensar--se ignorada*, *pensar-se "pequena"*, *pensar-se ignorante*, *pensar-se incompetente*, *pensar-se sem direito* e *pensar poder não ser uma boa enfermeira*, bem como expressões de *valorização* pessoal, tais como: *pensar a importância do contacto físico*, *pensar que foi capaz* e *pensar que o seu papel era necessário*.

Algumas passagens narrativas ilustram estas respostas cognitivas elaboradas pelos estudantes em relação a si próprios face a circunstâncias experienciais activadoras destes esquemas cognitivos (Beck, 1996).

“Perguntou-me em seguida se ainda demorava muito para ser vista pelo médico, desvalorizando completamente o que eu lhe estava a tentar explicar e mostrando uma frieza enorme que rapidamente me inibiu. Não fui capaz de lhe dizer mais nada. (...) senti-me como se não me soubesse explicar, senti-me também bastante incompetente.” [RI1].

“Nenhuma palavra me dirigiu, senti-me completamente ignorada! (...) A mensagem que me transmitia a V. naquele instante, através daquela expressão inocente e de tremenda tristeza era de tamanha intensidade emocional que chegou para reduzir todo o meu ser e sentir-me muito pequena perante a grandiosidade daquele momento. (...) Uma revolta indescritível apoderou-se de mim, mas ao mesmo tempo senti-me numa ignorância infundável e com uma sensação de impotência vertiginosa.” [RJ1].

Resposta de valorização pessoal

A formulação cognitiva de valorização pessoal, expressando o apreço que o estudante constrói em relação a si próprio, tem as seguintes expressões narrativas:

“Enquanto lhe explicava o procedimento de limpeza e secagem do coto ela dizia: “ah agora é assim eu antes acho que era com álcool, parece que estou esquecida, há muita coisa que já nem me lembro”. Aí apercebi-me que aquele meu papel era necessário, mais, era imprescindível.” [RB3].

“Este encontro foi para mim muito interessante. Senti que fui capaz de incentivar a D.C a tomar consciência das suas capacidades e potencialidades e que, de certo modo, contribui para o seu auto-conhecimento e auto-valorização, enquanto descobri também em mim novas capacidades.” [RG4].

Pensamento descoordenado

O *pensamento descoordenado* é expresso por um estudante perante uma situação com a qual se vai defrontar e não sabe exactamente o que esperar dessa situação, pelo que constrói um pensamento dito descoordenado, pois provavelmente não possui esquemas cognitivos específicos

para a situação com a qual se vai deparar, pelo que não consegue a construção de uma resposta cognitiva organizada.

3.4. COMPONENTE EMOCIONAL

A emoção é muitas vezes usada como termo equivalente a sentimento (Veríssimo, 2000).

No entanto, o termo sentimento deverá ser reservado para referir estados subjectivos, mais ou menos duradouros, resultantes da intelectualização das emoções, ou seja, para designar estados mentais complexos relativamente estáveis, resultantes da activação emocional. Constituem elaborações secundárias, no sentido em que decorrem de processos de pensamento incorporando representações das alterações corporais decorrentes desse estados de sentimento (Damásio, 2001). Já a emoção é um estado afectivo activado na interacção entre a sua representação cognitiva e a consciência da situação desencadeante, ou seja, a “tendência sentida” em relação ao que é avaliado (Valins, 1966, citado por Veríssimo, 2000).

Veríssimo (2000) considera a emoção uma “*função adaptativa pré-consciente*” defendendo que não se pode negligenciar o seu papel, pois “*não é possível minimizar a sua função homeostática (...) ou a sua função adaptativa*” (p.7).

De facto, no mesmo sentido, Beck (1996) alerta para o facto de o sistema afectivo produzir vários estados emocionais e suas cambiantes e combinações (por ex: tristeza, alegria, ansiedade, zanga). Na sua perspectiva, uma reacção afectiva/emocional não é simplesmente uma experiência emocional desprovida de qualquer função vital. “*Aquela reacção é parte integrante de estratégias psicobiológicas relativas à sobrevivência e procriação*” (p. 5). O mesmo autor acrescenta que o comportamento adaptativo é reforçado por emoções agradáveis (afecto positivo) e desagradáveis (afecto negativo), nomeadamente na atenção que o sujeito dá numa determinada situação e na sua diminuição noutra circunstância que lhe é desagradável.

Deste modo, a reacção emotiva só é possível quando as exigências de adaptação a um determinado acontecimento ou situação excedem os recursos actualmente disponíveis pelo indivíduo, ou seja, quando as antecipações perceptíveis ou cognitivas ultrapassam uma resposta pronta e imediata. Nestas situações, é natural que surja uma certa desorientação ou que o sujeito fique fora de si. Esta dificuldade de adaptação observa-se tanto nas emoções negativas (medo, ansiedade, ódio) como nas emoções positivas (alegria, entusiasmo, júbilo (Freitas (1999) citado por Fontes, 2008)¹⁸. Neste sentido, Veríssimo (2000) citando Lazarus (1966) refere que a avaliação que as pessoas fazem das situações influencia a vivência emocional e as leva a reagir e lidar com situações problemáticas geradoras de tensão de modo diferente, pelo que hoje é aceite e reconhecido a relação íntima das emoções com a avaliação cognitiva das circunstâncias em que elas se verificam. Veríssimo (2000) acrescenta que a emoção constitui “*uma força*

¹⁸ <http://filotestes.no.sapo.pt/psicEmocao.html>, 29/01/08.

simultaneamente motivadora e orientadora da percepção e da atenção” (p.23), consideração esta congruente com a de Beck (1996).

Por exemplo, a surpresa de um acontecimento, a dificuldade de encontrar uma resposta adequada a uma situação que nos envolve compromete o aparecimento das emoções (Fontes, 2008).

Com este enquadramento de base, identificamos nos discursos narrativos dos estudantes modos de resposta emocional de natureza *positiva* e *negativa* (quadro 48).

Quadro 48: Modos de resposta da componente emocional

COMPONENTE EMOCIONAL	
Positiva	Sentir-se emocionado Ficar mais tranquila Sentir-se bem consigo próprio Ficar espantado
Negativa	Sentir-se mal consigo própria Vontade de se esconder Sentir-se constrangida Sentir-se "reduzida a cinza" Sentir-se assustada Receio Falta de coragem Sentir-se com ansiedade Sentir-se triste, impressionada Falta de coragem para enfrentar o cliente Ficar emocionada Sentir-se "tocada" Sentir-se perturbada Sentir-se invadida Impaciência

Resposta emocional positiva

A resposta emocional positiva é expressa por estados como *sentir-se emocionado, ficar mais tranquila, sentir-se bem consigo próprio*.

Este tipo de resposta é expresso pelos estudantes do seguinte modo:

“Fiquei triste, por me aperceber do seu sofrimento, mas ao mesmo tempo vi aquele gesto quase como um agradecimento por o termos ajudado. Senti-me bem comigo, pois senti que tinha agido bem.” [RB5].

“Senti-me muito bem interiormente, senti-me como se o objectivo da Sra. A . se tivesse tornado também meu, e a sua realização, mesmo que enfraquecida, também me felicitou.” [RD4].

“(…) sentia-me tão emocionada (…) e até eu senti as lágrimas a aluírem dos meus olhos! (…) Agora há distância das horas, reconheço a intensidade da emoção.” [RH2].

“Quando constatei que esta opinião era unânime fiquei mais tranquila;” [R15].

Nestes discursos narrativos são claras as respostas emocionais de natureza positiva, mesmo em situações simultaneamente geradoras de “tristeza”, como nos expressa o estudante B. Perante esta dualidade emocional prevaleceu o sentimento de bem-estar interior, pois a resposta emocional foi reforçada pela consideração da actividade orientada para a concretização de objectivos que foi conseguida. Este reforço é referido por Beck (1996) como função emocional positiva que prediz uma resposta emocional adaptativa, que é também descrito no discurso do estudante D.

Outras reacções emocionais são expressas nos restantes excertos narrativos. A emoção de uma estudante, G, percebida perante a observação da interacção entre clientes, expressa a ocorrência simultânea da activação de respostas de natureza fisiológica, como o choro, também descrito pelo estudante H. A activação simultânea de várias componentes de resposta está assim concordante com os seus fundamentos teóricos (Beck, 1996; Veríssimo, 2000; Damásio, 2001 e Fontes, 2008).

A tranquilidade corresponde a uma outra resposta emocional quando o estudante em causa (I) constata que a opinião dos outros é coincidente com a sua. Trata-se de uma resposta emocional positiva reforçada, neste caso, pela consideração da opinião dos outros, evidenciando a natureza da resposta emotiva pela consideração positiva da interacção estabelecida.

Verificamos, por estes excertos, que a activação de um componente específico de resposta é congruente com o sistema de implementação de objectivos pessoais (Beck, 1996; Veríssimo, 2000), pelo que a componente de resposta emotiva positiva, activada nas circunstâncias expressas pelos estudantes, pode aumentar a probabilidade de voltar a ser activada no futuro perante circunstâncias similares.

Resposta emocional negativa

As respostas emocionais de índole negativa são expressas nos discursos narrativos dos estudantes com uma forte pregnância. São respostas do tipo: *sentir-se mal consigo própria, vontade de se esconder, sentir-se constrangida, sentir-se "reduzida a cinza", sentir-se assustada, receio, falta de coragem, sentir-se com ansiedade, sentir-se triste, impressionada, falta de coragem para enfrentar o cliente, ficar emocionada, sentir-se "tocada", perturbada, invadida ou impaciente.*

Alguns exemplos narrativos ilustram estas respostas emocionais:

"Muito sinceramente, fiquei logo um bocado assustada. Não, porque me parecesse um procedimento difícil de realizar, mas porque me parecia um procedimento difícil de suportar.

(...) Depois de concluído o procedimento senti-me mal porque não tinha conseguido evitar as náuseas e a minha expressão, olhei para a enfermeira para saber se havia nela uma expressão de repreensão para o meu comportamento, mas não a consegui desvendar. Acho por isso que ninguém deu conta, nem a enfermeira nem a doente, mas sinto-me mal comigo mesma de me ter sentido assim." [RC4].

"Os momentos seguintes, que decorreram até ao retorno da mãe, foram de uma angústia e ansiedade difíceis de explicar. (...). Regressei para junto do meu colega para lhe contar o sucedido, e por esta altura reparei que embora estivesse mais calmo, um certo constrangimento ainda me afligia. (...) Sinto-me mal, de uma maneira inexplicável, porque (colocando-me no lugar da mãe do menino, que acredito ser a melhor maneira de avaliar as nossas acções) sei que se esta situação ocorresse de modo inverso, ou seja, se fosse um familiar meu o alvo dos cuidados, de certo ia ficar bastante indignado se soubesse que essa pessoa estava entregue a alguém que não sabia lidar com o seu caso. Sou uma pessoa naturalmente orgulhosa, mas neste caso, orgulho, é o que menos nutro por mim mesmo e pelo que fiz, ainda que no fim, tudo corresse bem." [RD5].

“ (...) senti-me muito mal e muito constrangida” [RF1]

“ (...) senti-me tão triste, impressionada, (...)” [RH5].

Estes excertos mostram como a antecipação cognitiva de um acontecimento pode gerar respostas emocionais negativas (estudante C), e ainda a existência relativamente duradoura de um estado emocional negativo (estudante D), mesmo quando a circunstância que o activa está já ultrapassada, situações estas mais uma vez concordantes com os quadros teóricos apresentados.

Outras respostas emocionais, também de natureza negativa, são expressas por estudantes:

“Quando ela (a mãe da criança) me disse que não tinha vindo às urgências por causa da obesidade da filha, mas sim por outras razões, a minha atitude deveria ter sido a de a chamar atenção da gravidade do estado da filha, mas como ela me respondeu logo de uma forma tão ríspida, não tive coragem de me sobrepor a ela e dizer “a senhora tem que me ouvir, pois isto é para o bem da sua filha”. Mas isto não aconteceu, como já disse em cima, penso que pelo facto de me sentir insegura e intimidada.” [R11].

“ (...) por momentos senti os meus olhos embargados em lágrimas e uma vontade enorme de me esconder” [R14].

“A forma como a auxiliar se dirigiu a nós, não foi a mais apropriada. Acredito que a reprimenda fosse dirigida a mim, consternando-me. Fiz de tudo para prestar os melhores cuidados possíveis e fui chamada a atenção duas vezes no mesmo dia e de uma maneira nada simpática e nada compreensiva. (...) O olhar dela “tocou-me” imenso.” [R15].

Este estudante parece manifestar um perfil de vulnerabilidade activado pela interpretação das manifestações de outros relativamente à sua pessoa, que só têm eco, provavelmente porque o seu auto-esquema não lhe permite ler as situações de outro modo, o que o leva a atribuir-se significados e interpretações de pessoa “insegura” e intimidável, como ele próprio afirma. Beck (1996) atribui a esta consecutiva activação de resposta emocional negativa, como está expresso nas diferentes narrativas do estudante I, o modo de vulnerabilidade latente, bem como uma certa ansiedade vaga, mas também o conteúdo cognitivo com que são lidas as diferentes circunstâncias.

Um outro estudante expressa o modo como se sente emocionalmente, de maneira, embora metafórica, ilustrativa do seu profundo mal-estar:

“Não sei...mas naquele momento submeti-me ao silêncio, senti-me reduzida a cinza, perante a intensidade da chama de desespero que emergia da profundidade daquele ser humano.” [RJ4].

A perturbação é também experimentada por alguns estudantes.

“Nunca pensei que perante a morte de uma pessoa que me é estranha reagisse daquele modo, sempre pensei que a morte de um estranho não me impressionasse tanto, mas não foi isso que aconteceu, senti-me perturbada, talvez porque estar perante a morte faz-me lembrar que também sou mortal.” [R14].

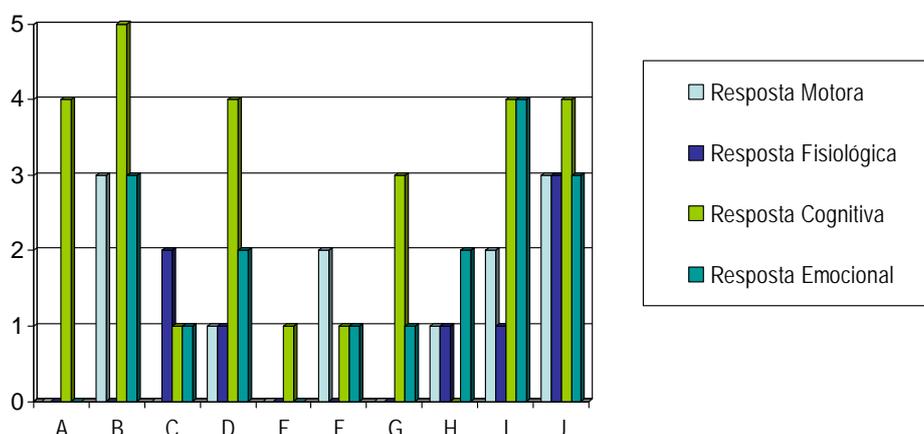
Neste caso, o estudante alude à sua cognição perante a circunstância com que se depara para, ele próprio, perceber a natureza da sua resposta emocional, denotando, também aqui, a existência de auto-esquemas na activação da componente de resposta observada (Beck, 1996).

3.5.FACTORES DE VARIABILIDADE

Variabilidade pessoal nos modos de resposta activados

A distribuição dos modos de resposta expressos pelos estudantes nas suas narrativas, considerando a sua distribuição pelos estudantes (gráfico 27) permite-nos uma análise mais detalhada, examinando a variabilidade nessa distribuição, realizada a partir da matriz de intersecção desses dois factores.

Gráfico 27. Distribuição dos modos de resposta, segundo os estudantes



Verificamos que a resposta cognitiva tem uma maior expressividade na maioria dos estudantes. Destacam-se os estudantes B, A, D, I e J, bem como o estudante G que, em relação às outras respostas, apresentam um elevado valor na expressão daquele modo de resposta.

Para o estudante, H, não foram identificadas respostas cognitivas nas suas narrativas e este tipo de resposta apresenta uma expressividade residual nos estudantes C, E e F.

A resposta cognitiva é imediatamente seguida, na sua expressividade, pela resposta emocional. Este modo de resposta está presente em quase todos os estudantes, excepções identificadas para os estudantes A e E, que não expressam resposta emocional, apenas cognitiva.

As respostas motora e fisiológica apresentam uma distribuição semelhante, embora a resposta motora seja ligeiramente superior, quando consideramos a globalidade na sua distribuição. A resposta motora está presente nas expressões narrativas de seis estudantes, de modo mais expressivo nos estudantes B e J, enquanto que a resposta fisiológica está presente em metade dos estudantes.

Se observarmos a distribuição dos vários modos de resposta identificados nas narrativas, verificamos a presença do factor variabilidade pessoal nos modos de resposta activados. O

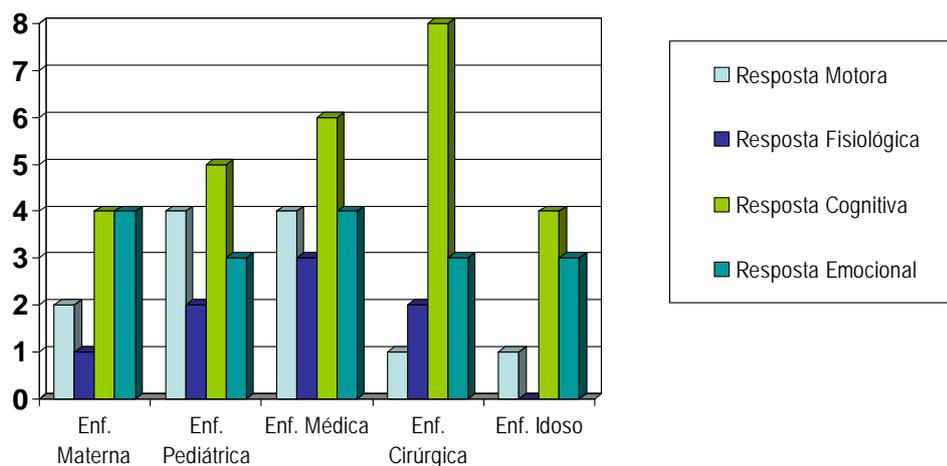
estudante J aparece com uma forte expressividade em todos os modos de resposta, imediatamente seguido pelo estudante I, cuja expressividade é maior nas respostas cognitivas e emocionais. Observamos ainda, que cerca de metade dos estudantes apresentam uma expressividade baixa em relação aos modos de resposta identificados.

Estes dados corroboram a natureza subjectiva do sujeito na activação de respostas idiossincráticas perante as situações experienciais vividas (Beck, 1996; Salkovskis, 1996; Clark, Beck e Alford, 1999; Veríssimo, 2000). A distribuição dos modos de resposta é marcadamente diferente de estudante para estudante, evidenciando essa mesma subjectividade no modo como os estudantes interagem com as circunstâncias narradas e os significados e interpretações que os seus auto-esquemas lhes permitem fazer das situações (Beck e Alford, 2000).

Variabilidade contextual nos modos de resposta activados

A variabilidade relacionada com a distribuição de modos de resposta por área de ensino clínico pode observar-se no gráfico 28.

Gráfico 28. Distribuição dos modos de resposta, segundo a área de ensino clínico



Neste gráfico observa-se que na área de enfermagem cirúrgica é muito expressiva a resposta cognitiva, demarcando-se de todas as outras, embora este modo de resposta apresente uma maior presença em praticamente todas as áreas de ensino clínico.

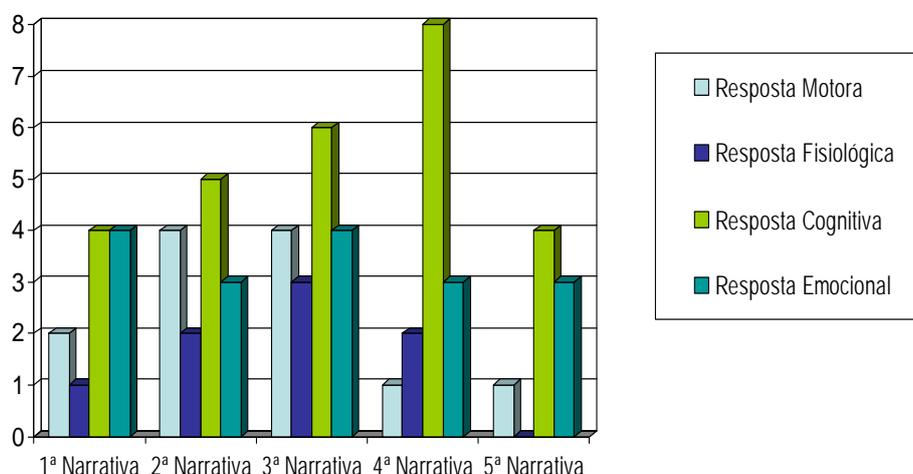
A resposta emocional está presente em todos os ensinamentos clínicos sem grande variabilidade na sua distribuição. Já a resposta motora expressa pelos estudantes é bastante variável na sua distribuição por ensino clínico, apresentando-se mais expressiva nos ensinamentos clínicos de enfermagem pediátrica e enfermagem médica, do que nos restantes. Considerando as respostas motoras já apresentadas, parece-nos de todo concordante a natureza dessas respostas com as características destes contextos de prática de cuidados: clientes com situações de doença grave e alguma tecnologia de ponta que poderão concorrer para mais respostas motoras de bloqueio e inactividade dos estudantes, como já apresentadas.

Quanto à resposta fisiológica, as diferenças na sua distribuição são subtis, relevando-se a ausência na expressão narrativa deste tipo de resposta na área de enfermagem do idoso.

Variabilidade de continuidade narrativa nos modos de resposta activados

Quanto à variabilidade nos modos de resposta dos estudantes considerando a sua distribuição em função da continuidade narrativa (gráfico 29), observa-se que da primeira à quarta narrativas, a resposta cognitiva sobe acentuadamente, mantendo-se a distribuição das restantes respostas bastante equilibrada.

Gráfico 29. Distribuição dos modos de resposta ,segundo a narrativa



De notar, no entanto, que a resposta motora apresenta um decréscimo importante na sua distribuição a partir da terceira narrativa, o que poderá evidenciar um maior à vontade dos estudantes na gestão destes modos de resposta, considerando o maior acervo experiencial que nesta fase deterão.

A resposta fisiológica sofre um acréscimo consecutivo, embora ligeiro, da primeira para a terceira narrativa e daí para a quinta decresce substancialmente, não estando presente na quinta narrativa. Este dado poderá também ser explicado pelo aumento da componente experiencial que os estudantes vão possuindo e que lhes permitirá, provavelmente, controlar de modo mais eficaz este tipo de respostas.

A resposta emocional apresenta-se distribuída de modo semelhante em todos os ensinamentos clínicos. Se recordarmos a natureza da resposta emocional mais pregnante nas narrativas dos estudantes, verificamos que aquelas eram predominantemente de natureza negativa e se as relacionarmos com a interacção afectiva expressa pelos estudantes perante a situação significativa narrada, constatamos que aquela era também predominantemente negativa e com uma distribuição semelhante à observada para a resposta emocional, considerando a continuidade narrativa.

No entanto, quando a análise é feita para os sentimentos após a análise da situação, a distribuição passa a ser residual. Ora estes modos de resposta são identificadas precisamente na interação do estudante com a situação, não se identificando a expressão de activação destes modos de resposta após a análise da situação, pelo que estamos em crer que é plausível considerar que apesar das análises reflexivas das situações significativas, estas não constituirão um factor de relevo na variabilidade expressiva destes modos de resposta activados, pois a sua distribuição mantém-se ao longo das narrativas.

4. AQUISIÇÃO E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO

Classicamente o conceito conhecimento supõe a distinção entre o sujeito e o objecto, pois que “*conhecer é sair de si mesmo*” (Cuvillier, 1973:48). Neste sentido, o conhecimento é considerado função da vida psíquica manifestada por fenómenos de carácter representativo e objectivo. Representativo, na medida em que decorre da cognição que qualifica os factos ou a coisa percebida, o objecto, e por isso objectivo: relativo a objectos que se apresentam à vista ou realidade exterior que é pensada (Cuvillier, 1973). É também encarado como o “*acto imanente pelo qual a consciência abrindo-se ao mundo circundante o torna intencionalmente presente a si mesma*” (Freitas, 1967: 1392). Sendo uma actividade imanente, o conhecimento é revelador de um transcendente, que vive e se alimenta da relação dialéctica entre sujeito e objecto, que se expressa em termos de isolamento e comunhão, identidade e diversidade, coincidência e distância, passividade e liberdade. É o aparecer do ser (objecto) a si mesmo (sujeito). Ou seja, o conhecimento provém do objecto, o que lhe confere objectividade, por um lado, e por outro, pertence à esfera do sujeito que o recebe, assimilando-o. O sujeito capta e recebe a forma do objecto incorporando-a em si mesmo. É a abertura da consciência aos objectos (Freitas, 1967).

De acordo com as concepções contemporâneas, o conhecimento é considerado como produto de aprendizagem enquanto processo de aprender a pensar, pela compreensão e raciocínio, tendo expressão na aquisição de conhecimentos, compreensão e consciência (Barth, 1996). Na perspectiva do autor a aquisição de conhecimentos refere-se à conceptualização de conceitos e a compreensão envolve um processo de interpretação da realidade, comparando, inferindo, percebendo, argumentando a inferência, tornando-se consciente e decidindo-se, enquanto que a consciência se refere à produção conceptual do próprio objecto pensado (situação, saber pessoal) ou do facto do qual tomámos consciência, por um processo de interiorização (Barth, 1996). Trata-se de uma perspectiva que desafia a concepção clássica, situando o conceito de conhecimento na intersecção do sujeito com a realidade que o cerca e não como algo que lhe é exterior.

Do ponto de vista da sua classificação, embora não haja consenso entre os autores, o conhecimento é habitualmente considerado, quanto à sua articulabilidade (Landry, *et al.*, 2006) em duas grandes categorias: o conhecimento explícito, que é o conhecimento que pode ser conscientemente compreendido e articulado, por exemplo pelo seu registo em livros, revistas, artigos, documentos, sendo fácil de manipular e transmitir. Inclui o conhecimento explanatório e proposicional explícito e o conhecimento tácito, enquanto conhecimento que existe na cabeça das pessoas, adquirido através da experiência (Schön, 1992). O conhecimento tácito é também referido como o conhecimento dito de nível 1, pois corresponde a um conhecimento espontâneo ou de senso comum podendo ser transmitido através do contacto directo entre as pessoas, pela interacção e convivência comunicativa, bem como descrito através da reflexão (Caraça, 2005). Do mesmo modo, em função da sua origem, podemos considerar o conhecimento sensível, que é singular, concreto, intrinsecamente ligado ou dependente do corpo e o conhecimento intelectual,

que é abstracto, universal, embora extrinsecamente também dependente do organismo (Reboul, 1983).

De acordo com Miranda *et al.* (2006), citando Fialho *et al.* (2006), o conjunto de conhecimentos resulta de processos de aprendizagem que ocorrem através do tempo, modificando-se permanentemente ao longo do tempo, gerando mudanças no comportamento do indivíduo.

Enquanto processo de aprendizagem, o conhecimento é considerado fenómeno originário, pois que dele provém toda a representação que o sujeito faz do mundo, fenómeno irreduzível, por que sem ele não seria possível o entendimento do humano e social, fenómeno complexo, na medida em que no seu processo de aquisição e construção se interpenetram múltiplas variáveis de natureza pessoal, contextual e social, sendo ainda considerado um fenómeno consciente, pois que conhecer é ter consciência de alguma coisa (Dewey, 1991; Reed e Procter, 1993). De igual modo, pode-se afirmar que sem conhecimento não há consciência, pois se o conhecimento é um fenómeno da consciência, porque dela procede e porque só nela termina, aperfeiçoando-a e enriquecendo-a, é uma actividade inerente, que redundando em benefício da própria consciência.

Neste processo, é reconhecido que o conhecimento tácito é o mais valioso e o mais difícil de se capturar e transmitir, havendo quem defenda que só este conhecimento representa o verdadeiro conhecimento (Buche *et al.* 2006), embora Landry *et al.* (2006) recomendem ser desejável o uso complementar dos dois tipos de conhecimento em contextos nos quais a investigação do conhecimento não seja usualmente dominante.

O conhecimento é também considerado um fenómeno reflexivo, porque em todo o acto de conhecimento, por mais simples e elementar que seja, está presente, ao menos implicitamente, a reflexão, enquanto consciência do eu, que opõe um sujeito a um objecto. Quando sujeito e objecto são ontologicamente idênticos, estamos perante a consciência reflexiva ou autoconhecimento, no sentido da presença real do objecto ao sujeito, presença intencional, para toda a espécie de conhecimento, seja sensível, intelectual ou do próprio eu (Dewey, 1991; Candy, 2005; Watson, 2005; Figueira, 2007).

Conhecer, então, pressupõe uma relação intencional que informa toda a experiência e lhe dá um carácter de abertura e de revelação. Do ponto de vista epistemológico, o conhecimento tem a sua base na crença justificada, o que o diferencia da mera opinião. No entanto, questões como a dúvida, conjectura, probabilidade e interrogação constituem estados cognitivos de interesse para a epistemologia, bem como a percepção e o juízo, a verdade e a evidência que estimulam a atitude de cepticismo face ao conhecimento. Considerando que quem duvida já sabe alguma coisa, a dúvida constitui uma via de reconhecimento de construção de conhecimento, bem como a incerteza e a falibilidade (Francelin, 2004). Estes aspectos constituem elementos de natureza epistemológica quanto ao conhecimento do conhecimento que se apoiam, por um lado no fundamento do conhecimento e por outro na sua justificação. No fundamento do conhecimento são assinaladas as questões dos processos perceptivos do mundo real. A experiência do mundo, a experiência de si, a auto-consciência apresenta-se como uma forma de consciência reflexiva,

sendo considerada como um fundamento inquestionável de todo o conhecimento e experiência e está na base da concepção de conhecimento enquanto desenvolvimento que se processa através de contextos relacionais e de complexidade (Francelin, 2004).

No contexto da enfermagem, Carper (1996) considera que o corpo de conhecimentos que fundamenta a prática de enfermagem tem padrões, formas e estrutura que exemplificam os modos de pensar os fenómenos de interesse da enfermagem, alegando a necessidade de perceber que conhecimento é produzido e que tipo de conhecimento tem mais valor na disciplina de enfermagem. A autora identifica quatro padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem, que designa de *empírico*, *estético*, *pessoal* e *ético* (Carper, 1996:5).

O conhecimento empírico é considerado a ciência de enfermagem, enquanto conhecimento sistematicamente organizado e controlado pela evidência factual. É conhecimento exemplificativo, discursivamente formulado e empiricamente verificável.

O conhecimento estético define a "*arte da enfermagem*" e inclui aspectos do conhecimento que habitualmente não tem resultado da investigação empírica. É visível através da acção e é criativo, pois requer o desenvolvimento de habilidades para utilizar modos válidos e apropriados para prestar cuidados, como sejam a "*empatia*, a *percepção* e a *concepção de cuidados*".

O conhecimento pessoal refere-se ao conhecimento de si e da sua relação com o outro. Trata-se de um conhecimento subjectivo, concreto e existencial, envolvendo o conhecimento das possibilidades infinitas de si e do seu envolvimento total, o uso terapêutico de si, bem como a relação pessoal autêntica.

O conhecimento ético é considerado a componente moral do conhecimento em enfermagem e inclui o conhecimento de normas e códigos de ética da disciplina, o julgamento moral do certo e do errado na acção voluntária e deliberada, a consciência de que os objectivos servem uma norma ou padrão pelo qual a actividade é avaliada e a compreensão das diferentes posições filosóficas relativas ao que é considerado "*bom*" ou desejável (Carper, 1996: 5 e seguintes).

Na análise das narrativas realizadas pelos estudantes foram identificados discursos expressivos de conhecimentos apreendidos pela vivência das situações narradas, bem como pela realização da própria narrativa reflexiva.

Tendo por foco a expressão narrativa de aquisição e construção de conhecimento privado (Kim, 2000), foram considerados os padrões de conhecimento propostos por Carper (1996) e o conhecimento reflexivo, enquanto processo intrapessoal de observar o próprio saber pela compreensão e consciência do eu (Barth, 1996; Bulman, 2005a; Ellström, 2006) (quadro 49).

Quadro 49: Aquisição e construção de conhecimento expresso nas narrativas

AQUISIÇÃO E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO
Conhecimento Empírico Conhecimento Estético Conhecimento Pessoal Conhecimento Ético – legal Conhecimento Reflexivo

4.1. CONHECIMENTO EMPÍRICO

O conhecimento empírico funda-se na observação dos factos, registando-os sob a forma de constatações empíricas, tais como elas se apresentam à experiência quotidiana. É considerado por Barth (1996) um conhecimento subjectivo e particular pois, depende de juízos pessoais a respeito das coisas. Sendo o nível mais superficial de apropriação do sentido do real, nasce da tentativa do homem resolver os problemas do dia a dia. Possui pois, eficácia utilitária dando ao homem a possibilidade de se orientar no mundo e manejar as coisas que lhe são familiares.

Em enfermagem, o conhecimento empírico é considerado a ciência de enfermagem. Constitui o corpo de conhecimento específico de enfermagem, que se pretende sistematicamente organizado em leis gerais e teorias com o objectivo de descrever, explicar e prever fenómenos relativos à disciplina de enfermagem (Carper, 1996). Donaldson e Crowley (1978) citados por Donaldson (1995) consideram que estes conhecimentos servirão para definir e guiar a própria prática, pois é conhecimento teórico prévio ao desenvolvimento de práticas clínicas e que perante estas pode ser aplicado, confirmado, reconhecido, ampliado, aprofundado e/ou reconstruído. Este saber (conhecimento) é estruturado, evolutivo, cultural, contextualizado e afectivo (Barth, 1996).

Foram identificados nos discursos narrativos dos estudantes expressões reveladoras deste padrão de conhecimento, nomeadamente quanto ao seu uso, “transferência de conhecimento nas práticas”, quanto à sua confirmação, reconhecimento, reforço, apropriação e mesmo aquisição de conhecimento (quadro 50).

Transferência de conhecimento nas práticas

A transferência de conhecimento nas práticas refere-se à utilização que os estudantes expressam ter feito dos conhecimentos prévios, quer em termos de transferência, quanto de testemunho da sua presença e importância nas práticas de cuidados. Trata-se de uma faceta relativa ao conhecimento empírico, pois como refere Donaldson (1995) é conhecimento teórico prévio ao desenvolvimento de práticas clínicas e que perante estas pode ser transferido, confirmado, reconhecido, ampliado, aprofundado e/ou reconstruído.

Quadro 50: Conhecimento empírico

CONHECIMENTO EMPÍRICO		
Transferência de conhecimento nas práticas	Aplicação de conhecimentos Testemunho da importância da relação de ajuda na prática de cuidados	
Confirmação de conhecimentos por comparação com outras situações		
Reconhecimento de saberes teóricos	Da pessoa na sua singularidade Da importância do envolvimento com os clientes Da importância da ajuda ao cliente Da relevância da motivação e encorajamento do cliente Da importância da valorização do cliente Da importância da comunicação com o cliente Da importância da escuta Da necessidade do cliente ter confiança no profissional Da relevância da massagem Da importância da observação	
Reforço de conhecimentos prévios	Pela reflexão	Amadurecimento de conhecimentos Melhor compreensão das funções de enfermagem Melhor entendimento do impacto de uma cirurgia
	Pela experiência	Reforço da necessidade de atenção a todas as dimensões do cliente Reforço da importância da comunicação com o cliente Reforço da importância do diálogo com o cliente Reforço da importância da relação de ajuda Reforço da importância da escuta Reforço do conhecimento acerca da escuta Valorização do "toque"
	Pela pesquisa bibliográfica	Maior consistência nos conhecimentos
Apropriação de conhecimento	Perceber a verdadeira necessidade da escuta Perceber a importância e necessidade de manter contacto e comunicação com o cliente, mesmo na ausência de resposta	
Aquisição de novos conhecimentos	Pela reflexão	Reconhecimento de aquisição de conhecimentos
	Pela experiência	Acréscimo de conhecimentos Novo sentido à prática de cuidados Importância da escuta activa Importância da motivação e encorajamento do cliente Identificação de factores presentes no comportamento do cliente
	Pela pesquisa bibliográfica	Ficar a saber o que diz a teoria sobre o assunto

Da transferência de conhecimento teórico e testemunho da sua importância nas práticas dá-nos conta um estudante na sua primeira e segunda narrativa, do seguinte modo:

“Já na boxe também pude por em prática alguns dos meus conhecimentos, pois as dúvidas do pai acerca da coloração arroxeadada da pele da menina e da forma da sua cabeça eram diversas.” [RA1].

“A vivência desta experiência e a intervenção que pude executar, demonstraram-se para mim muito importantes, levando-me mais uma vez a testemunhar a verdadeira importância do diálogo e da relação de ajuda que deve estar presente em todos os dias da nossa prática de enfermagem.” [RA2].

Trata-se efectivamente de excertos narrativos que evidenciam a importância do acervo de conhecimento prévio à entrada do estudante nas práticas de cuidados, pela possibilidade que têm de o transferir de modo consciente e/ou reconhecer a sua importância, contribuindo deste modo para uma aprendizagem mais crítica, informada, logo mais significativa. Por outro lado, estes

excertos ilustram que o conhecimento teórico a que os estudantes têm acesso no período de aprendizagem mais formal – em sala de aula – é um conhecimento dito prático, porque ajustado às situações, permitindo a sua validação e confirmação pela própria prática, bem como facilitando aos estudantes o sentimento de que as suas acções estão correctas ou são teoricamente justificáveis (Reed e Procter, 1993b). O processo de transferência do conhecimento nas práticas é considerado uma das principais características de desenvolvimento das organizações (Landry *et al.*, 2006).

Confirmação de conhecimentos por comparação com outras situações

A confirmação do conhecimento consiste na comprovação que o estudante faz do seu conhecimento quando recorre à comparação com outras situações e que lhe permite corroborar a sua conjectura baseada na experiência. Este processo é narrado discursivamente por um estudante, que refere:

“Calculo, também pelo que pude observar noutros casos, que os idosos se sentem muito confortáveis em poder partilhar experiências e histórias de vida, e que igualmente apreciam de bom grado o facto de estarmos presentes e de lhes prestarmos, de certo modo, uma “atenção e carinho personalizados”. [RA3].

O estudante, recorrendo àquilo que tem constituído a sua prática, elabora um conhecimento, também ele de natureza prática, mas não distante do conteúdo dos saberes teóricos organizados que previamente à sua entrada no terreno teve acesso. Constitui à semelhança da componente anterior, um conhecimento adquirido e validado pela própria experiência (Reed e Procter, 1993b).

Reconhecimento de saberes teóricos

Nos discursos narrativos, há estudantes que expressam a verificação de conhecimentos teóricos nas suas práticas, no sentido de reconhecerem a efectividade desse conhecimento nas práticas realizadas. Dão-se conta de que o cliente é efectivamente uma *persona singular*, da importância do envolvimento e da ajuda aos clientes, da relevância da motivação, encorajamento, valorização e comunicação com o cliente; da necessidade do cliente ter confiança no profissional, bem como da importância que reconhecem na realização de cuidados de natureza comunicativa ou procedimental, como são o exemplo da escuta e a massagem. Também o reconhecimento da importância da observação no processo de cuidados de enfermagem é documentado nas expressões narrativas de alguns estudantes.

Alguns excertos narrativos exemplificam o reconhecimento na acção destes saberes teóricos.

“Esta situação reforçou em mim a importância da comunicação com o outro e fez-me recordar tanto as várias formas de comunicação, como a sua fulcral importância no contacto com o outro.” [RB4].

“Concluo a minha reflexão estruturada, consciente da aprendizagem e desenvolvimento por mim adquiridos sobretudo no que toca à importância que a massagem de conforto tem para o idoso, pelo pouco tempo que seja.” [RF4].

“A vivência desta experiência e a intervenção que pude executar, demonstraram-se para mim muito importantes, levando-me mais uma vez a testemunhar a verdadeira importância da observação, do diálogo e mais em termos de novidade, a relevância da massagem, enquanto elemento presente na nossa prática de enfermagem.” [RA5].

São excertos narrativos que desvelam a procura de sentido teórico dos estudantes para as suas acções e a constatação de que um conjunto de constructos teóricos que são trabalhados em sala de aula está presente nos cuidados que praticam ou vêm praticar. Este elemento, reconhecimento de saberes teóricos nas práticas, revela-se de extrema importância, pois legitima a pertinência dos saberes teóricos prévios, por um lado, e pressupõe a construção de práticas cuidativas enformadas por conhecimento e não meramente ritualizadas no hábito e execução delegada.

Reforço de conhecimentos prévios

Há evidência de que o conhecimento empírico é reforçado pela construção de narrativas reflexivas em contexto de aprendizagem clínica. Os discursos narrativos dos estudantes revelam que *pela reflexão, pela própria experiência e pela pesquisa bibliográfica*, realizada em todas as narrativas no sentido do confronto entre o que foi feito e o que está expresso teoricamente quanto às situações narradas, o conhecimento prévio é reforçado. Este processo, o de reforço de conhecimentos prévios pelo processo reflexivo, é considerado por vários autores como elemento crucial da reflexão, que a transforma em reflexão crítica, no sentido em que o sujeito reconhece a natureza social e cultural da informação e conhecimento (Dewey, 1991; Schön, 1992; 1998; Høyrup e Elkjaer, 2006).

Reforço de conhecimentos prévios pela reflexão

Pelo processo reflexivo os estudantes referem o *amadurecimento de conhecimentos, melhor compreensão das funções de enfermagem e um melhor entendimento do impacto* das situações de doença nos clientes, nomeadamente o impacto de uma cirurgia. Quanto a este último elemento teórico reforçado, refere um estudante:

“Esta reflexão que realizei foi muito útil para um melhor entendimento e percepção do impacto de uma cirurgia deste tipo na qualidade de vida do utente, em todas as suas dimensões” [RG2].

O estudante destaca o seu melhor entendimento e percepção da situação pela reflexão realizada. Neste sentido a sua aprendizagem é *reaprendizagem*, pois o processo de aprendizagem que a reflexão suporta é uma reconstrução do conhecimento (Høyrup e Elkjaer, 2006: 34), neste caso pelo reforço do mesmo.

Reforço de conhecimentos prévios pela experiência

Os discursos narrativos dos estudantes ilustram o reforço de conhecimentos pela própria experiência, nomeadamente nos aspectos relativos à *necessidade de atenção a todas as dimensões do cliente, importância da comunicação com o cliente*, sob a forma de *diálogo, relação de ajuda, escuta* e ainda a *valorização do "toque"*. É realçada a dimensão de relação com o cliente, aliás concordante com as situações consideradas mais significativas para o estudante e sobre as quais construiu o processo reflexivo, sendo por isso natural que a tomada de consciência destes aspectos se torne mais saliente, no âmbito do reforço de conhecimentos prévios pela experiência. Deste processo nos dá conta um estudante, que refere:

“Esta situação reforçou em mim a importância da comunicação com o outro e fez-me recordar tanto as várias formas de comunicação, como a sua fulcral importância no contacto com o outro.” [RB4].

Este excerto revela o quanto as situações experienciais encerram em si o potencial de construção de conhecimento, neste caso enquanto reforço de conhecimentos prévios, desde que sejam pensadas e reflectidas de modo significativo com o conhecimento já existente, que constituem os *conhecimentos especificamente relevantes*, os quais Ausubel chama *subsunçores* (Moreira, 2000; Novak, 2001; Neto, 2006). Neste caso o conhecimento prévio serve de matriz para a sedimentação dos conhecimentos na estrutura cognitiva do estudante.

Reforço de conhecimentos prévios pela pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica realizada no processo de construção reflexiva dos estudantes é também considerada no processo de reforço dos conhecimentos prévios, nomeadamente pela *maior consistência nos conhecimentos*. Neste sentido, um estudante refere:

“Sinto que toda a minha aprendizagem foi reforçada pela pesquisa bibliográfica que realizei de modo a fundamentar as minhas acções e intervenções.” [RF2].

Trata-se da procura dos fundamentos teóricos para as intervenções realizadas, que, neste caso, constituem elementos de reforço dos conhecimentos prévios, o que explica que o estudante explora as semelhanças entre os seus conhecimentos e o conhecimento teórico pesquisado. Este processo traduz uma aprendizagem significativa por diferenciação progressiva não obliterativa, na perspectiva ausubeliana de aprendizagem (Novak, 2001).

Apropriação de conhecimento

A apropriação do conhecimento, no sentido da consolidação do conhecimento preexistente, é expresso pelos estudantes enquanto construção significativa de compreensão e entendimento acerca de um conjunto de conhecimentos que, fazendo já parte do seu acervo cognitivo, não eram ainda entendidos quanto à sua importância e aplicabilidade práticas. Assim, *perceber a verdadeira necessidade da escuta*, bem como a *importância e necessidade de manter contacto e*

comunicação com o cliente, mesmo na ausência de resposta constituem áreas de acomodação de conhecimento, como nos refere um estudante:

“Agora percebo a verdadeira necessidade de escutar, não devemos pensar sempre em falar em dar informação. Aquela ideia de que devemos aproveitar ao máximo a presença dos pais para fazer ensinamentos e para dar conselhos, por vezes é necessário coloca-la um pouco de lado e esquecer durante algum tempo esta nossa função e dedicar algum do nosso tempo para ouvir o outro, escutar o que tem a dizer, quais os seus medos. Só assim podemos entender o que vai na sua mente e porque age de certa forma. Percebi a verdadeira importância da comunicação, tanto verbal como não verbal” [RB1].

Este processo, que designamos de apropriação de conhecimento, traduz as transacções sinérgicas entre o estudante e o meio no qual ocorre a produção de cuidados. Em termos piagetianos, trata-se de uma aprendizagem que ocorre através do equilíbrio do processo dialéctico de assimilação de novas experiências em conceitos preexistentes e a acomodação dos conceitos existentes à nova experiência (Kolb e Kolb, 2005; 2005a; 2006). O modo como é expressa esta acomodação de conhecimento evidencia também o poder que o estudante vai construindo no controlo da sua própria aprendizagem, poder que Elmholdt e Brinkmann (2006) referem como produtor de “*subjectividades auto-reflexivas*” que conferem às práticas realizadas pelos estudantes o estatuto de práticas baseadas na evidência (p. 175).

Aquisição de novos conhecimentos

A aquisição de novos conhecimentos é também expressa nos discursos narrativos dos estudantes. A aquisição de conhecimentos é entendida enquanto processo de obtenção de novos conhecimentos, que os estudantes referem ter sido conseguido pela reflexão, pela experiência, bem como pela pesquisa efectuada em torno das questões suscitadas pela reflexão sobre as situações experienciais. Entendemos que o *reconhecimento de aquisição de conhecimentos* expresso pelos estudantes resulta dos seus processos reflexivos, que lhes permite declarar essa mesma aquisição, como relata um estudante.

“Com a realização desta reflexão estruturada, atingi os objectivos a que me propus inicialmente, facultou-me conhecimentos que me serão úteis para poder enfrentar situações semelhantes à que ocorreu (já que as convulsões do tipo do menino em causa são bastante frequentes) de modo mais seguro.” [RD5].

Este discurso evidencia a natureza processual através do qual o conhecimento é criado, que inclui a perspectiva de transformação da experiência, por um processo de adaptação e recriação que envolve o todo do estudante. O conhecimento, neste caso, resulta da combinação de apreender e transformar a experiência, numa perspectiva integrativa da aprendizagem que combina a experiência, a percepção, cognição e comportamento (Kolb, 1984).

A componente aquisição de conhecimentos pela experiência é inferida a partir de discursos que incluem expressões como *acréscimo de conhecimentos, novo sentido à prática de cuidados, importância da escuta activa, importância da motivação e encorajamento do cliente e identificação*

de factores presentes no comportamento do cliente. Estes aspectos decorrem directamente das experiências de cuidados vividas pelos estudantes, envolvendo uma tensão criativa entre o modo como é percebida a experiência, a reflexão subsequente e a conceptualização de uma nova perspectiva de intervenção que é responsiva a exigências contextuais similares. Neste contexto, um estudante refere:

“A experiência de ter observado o enfermeiro da D.R. apesar da sua manifestação ter sido quase imperceptível, fez-me atribuir um novo sentido à prática de cuidados de enfermagem. Ser capaz de ver para além da evidência, ter a capacidade de sentir para além do que vejo, ser capaz de comunicar de diversas formas e de aplicar conhecimentos na prática de cuidados individualizados e de qualidade são objectivos que defini para o meu desenvolvimento como estudante e, posteriormente, como profissional na prestação de cuidados de enfermagem.” [RG1].

Está patente neste excerto a conceptualização que o estudante elabora ao observar a prática de cuidados realizada por um enfermeiro, que lhe permite pensar a enfermagem e o seu exercício futuro à luz das conceptualizações abstractas que produz. Trata-se da experiência como fonte e origem de aprendizagem, já que através da aprendizagem experiencial se podem articular as aprendizagens formais e abstractas com as experiências práticas (Colina e Medina, 1997).

Os estudantes expressam que é também pela pesquisa bibliográfica realizada que ficam a *saber o que diz a teoria sobre o assunto*, o que traduz a aquisição de conhecimento pelo recurso a fontes organizadas e sistematizadas de conhecimento. Neste sentido, um estudante expressa o seguinte:

“Reconheço que as minhas atitudes e pensamentos perante estes acontecimentos me ajudaram a crescer mais um pouco, pois fizeram-me pensar sobre toda esta situação e assim pude investigar e ficar a saber o que a teoria diz sobre o assunto e também pensar sobre as minhas atitudes. E assim conseguir perceber até que ponto é que a minha atitude foi correcta ou por outro lado foi desajustada.” [RB4].

Verifica-se, de facto, que o recurso a fontes teóricas permite que o estudante adquira novo conhecimento, e que por via deste repense as suas atitudes face às situações vividas. Trata-se de um processo de aprendizagem no qual o estudante parece dar mostras de um aumento de complexidade afectiva e comportamental na dialéctica entre a experiência concreta e a conceptualização abstracta, de que nos falam Mainemelis, Boyatzis e Kolb, (1999) e Kolb e Kolb (2005; 2006). Caria (2002) considera este tipo de actividade sócio-cognitiva uma forma de racionalização da cultura que dissocia forma e conteúdo do conhecimento, facilitando o distanciamento do actor social face ao seu quotidiano e ao seu contexto, possibilitando o pensar sobre os resultados e as consequências da acção para além da situação em si-mesma, desde que essa objectivação esteja associada a uma reflexividade interactiva que formalize os saberes tácitos e explicita a linguagem contextual nos processos de actividade social, como tão bem nos mostram os discursos narrativos dos estudantes.

Os estudantes evidenciam com bastante clareza a importância dos conhecimentos teóricos que relacionam com as suas práticas, capacitando-os para analisar os seus conhecimentos, manter a sua habilidade crítica e tornarem-se conscientes das compreensões que deles fazem. Bulman (2005b) refere a importância da teoria e da literatura para os estudantes reafirmarem e explorarem as suas ideias e acções nos processos reflexivos realizados. Do mesmo modo, o conhecimento empírico é considerado o mais elevado e valioso recurso estratégico para as organizações (Landry *et al*, 2006). Os autores referem que, por exemplo, a OMS considera que a capacidade para adquirir, criar, partilhar e aplicar conhecimento representa a capacidade mais importante das pessoas de uma organização para resolver problemas de saúde. O uso do conhecimento gera oportunidades para acções e intervenções futuras. Deste modo, a expressão dos estudantes quanto à utilização, reconhecimento e reforço de saberes teóricos, bem como a apropriação e aquisição de conhecimento reforça a ideia de que a adopção de estratégias que permitam e estimulem o processo de aquisição e construção de conhecimento pela reflexão sobre as práticas, passando do conhecimento tácito ao conhecimento explícito, constitui um desiderato estratégico para as instituições formadoras.

4.2. CONHECIMENTO ESTÉTICO

O conhecimento estético é considerado a "*arte*" da enfermagem, o modo singular e pessoal como se faz a enfermagem, incluindo a percepção estética do significado da experiência humana (Carper, 1996:7). Sendo considerado arte, é difícil defini-lo, pois como sugere Weitz (1960), citado por Carper (1996), o conceito de arte é demasiado complexo e variável para ser reduzido a uma simples definição.

Este conhecimento pode ser considerado a partir das suas similaridades mais do que pelas suas propriedades comuns. Considerando que a arte é mais expressiva do que meramente formal ou descritiva, podemos falar em arte quando temos bem estabelecido um qualquer facto no vasto campo da estética. Assim, uma "*experiência estética envolve a criação e/ou apreciação de uma expressão subjectiva, singular, particular de uma possibilidade imaginada ou realidades equivalentes as quais resistem à sua projecção em formas discursivas de linguagem*" (Langer, 1957, citado por Carper, 1996:7). Na perspectiva de Dewey (2001), o elemento estético é o que cria a dimensão única dos acontecimentos que se sucedem na vida das pessoas e lhes permite chamarem-lhes experiências vividas.

Do mesmo modo, no campo da enfermagem o padrão de conhecimento estético envolve a percepção da abstracção particular que é distinta do reconhecimento de abstracções universais. É considerado o conhecimento único e particular mais do que uma realização exemplar. É o modo de fazer. Neste modo de fazer Carper (1996) considera que a empatia é um importante modo de conhecimento estético, bem como a percepção e a concepção de cuidados que o enfermeiro possui para o desenvolvimento das suas práticas. Este padrão de conhecimento é melhor apreendido em contextos de prática de cuidados, onde as habilidades são aprendidas pela

observação de outros, até que essa aprendizagem possa ser usada sem supervisão (Reed e Procter, 1993).

Sendo um modo de fazer, a apreensão do conhecimento estético em enfermagem faz supor a necessidade de observação no terreno, mais do que analisar discursos narrativos. No entanto, é possível aceder a este padrão de conhecimento quando os estudantes narram formas de fazer e expressam conhecimento acerca de como fazer. Não se trata, portanto, de explicitar o modo como o estudante faz, mas aquilo que ele diz que faz ou pretende fazer, aclarando o saber saber-fazer, mais do que o saber-fazer (Boterf, 1997).

Assim, ao analisarmos as narrativas reflexivas produzidas pelos estudantes foi possível identificar discursos narrativos relativos ao modo de fazer enfermagem. Identificamos formas de conhecimento estético *projectivo*, no sentido em que os estudantes revelam o seu saber como agir no futuro e aspectos relativos ao *saber como agir pelo aperfeiçoamento na forma de execução, a aprendizagem de alguns aspectos técnicos, o desenvolvimento da relação de ajuda*, bem como a expressão de *reconhecimento de não saber como agir* (quadro 51).

Quadro 51: Conhecimento estético

CONHECIMENTO ESTÉTICO	
Projectivo	Apreendeu como agir em situações futuras Saber como actuar em situações semelhantes Actuação no futuro com outro conhecimento Relevância de estar junto do cliente Relevância de estar atento ao cliente Ficar atenta à falta de experiência dos pais Reconhecimento de que dará maior apoio à família durante a hospitalização Maior atenção à comunicação com o cliente Maior atenção às necessidades do cliente Maior atenção aos comportamentos de negação dos clientes
Saber como agir	Aperfeiçoamento na forma de execução Aprendizagem de alguns aspectos técnicos Desenvolvimento da relação de ajuda
Reconhecimento de não saber como agir	

Conhecimento estético projectivo

Quanto ao conhecimento estético projectivo, este é expresso pelos estudantes enquanto perspectiva de modo de agir no futuro, denotando o conhecimento de saber como agir. Este saber como agir projectivo é expresso enquanto aprendizagem de *como agir em situações futuras, saber como actuar em situações semelhantes, actuar no futuro com outro conhecimento, a relevância de estar junto do cliente e de estar atento ao cliente*, bem como *ficar atenta à falta de experiência dos pais e o reconhecimento de que dará maior apoio à família durante a hospitalização*. São também expressas perspectivas de mudança de atitudes quanto à *comunicação e necessidades do cliente*, pela *maior atenção* que será dedicada a estes aspectos, bem como a *maior atenção aos comportamentos de negação dos clientes*.

Este modo de conhecimento é expresso por alguns estudantes, que referem:

“Para futuro transporte desta situação a relevância de estarmos junto a um doente e de lhe transmitirmos alguma segurança e apoio, nas actividades que ele mais teme em desenvolver.” [RA4].

“Há aspectos aos quais estarei certamente mais atenta e em relação aos quais poderei desenvolver uma melhor capacidade de resposta, tendo no entanto sempre presente que cada utente é um ser único e que possui por isso necessidades específicas, o que implica o desenvolvimento de diferentes estratégias consoante as suas dimensões biopsicossocial e cultural.” [RG2].

“Saberei mais facilmente resolver situações idênticas” [RI5].

“Reflecti acerca das minhas acções, compreendi onde e porque é que errei e aprendi como agir em situações futuras.” [RD5].

Estes excertos revelam efectivamente a natureza projectiva do conhecimento estético, enquanto aprendizagem projectada na intervenção futura. Nas duas primeiras transcrições é possível identificar modos projectivos de relação com os clientes, na prestação de cuidados, nomeadamente a “relevância de estar junto de um cliente” e “mais atenta...”. Constituem, na perspectiva de Kim (2000) os aspectos mais relevantes da componente estética da prestação de cuidados, ou seja os elementos de relação cliente-enfermeiro que fazem emergir a singularidade de um e outro no processo de cuidados desenvolvido. É também verificável a noção de que o cliente precisa depositar no profissional, acreditando que essa pessoa tem o conhecimento necessário para o ajudar e que agirá no sentido dos seus melhores interesses (Nunes, 2004). Também Idczak (2007) num estudo realizado com estudantes de enfermagem no sentido de compreender os significados da experiência cuidativa para os estudantes, identifica a “*conexão com o cliente*” como aspecto relevante relatado pelos estudantes no modo de fazer enfermagem (Idczak, 2007: 70).

O último excerto ilustra a expressão de uma experiência dita de *segunda ordem* (Høyrup e Elkjaer, 2006: 34), pois pela reconstrução narrativa da experiência o estudante compreende e aceita o erro, modificando a sua perspectiva de agir em situações futuras. No fundo, o estudante faz uma escolha entre defender o modo habitual de ver e fazer ou modificar a sua perspectiva, num processo de integração e reconstrução do conhecimento, que é a essência da reflexão e aprendizagem (por ex.: Johns, 2004; 2005, Boud, Cressey e Docherty, 2006).

Conhecimento estético *saber como agir*

Os estudantes em ensino clínico têm oportunidade “*de agir no momento*” que lhes permite apreender e integrar o que é e do que trata verdadeiramente a arte de enfermagem (Idczak, 2007: 67), compreensão esta mais evidente e duradoura quando reconstruída em processos narrativos. Deste modo, emerge a consciência individual de que a acção contribui para aperfeiçoar a forma de execução ou perceber como se fazem determinados procedimentos, como nos relatam alguns estudantes:

“Considero ainda que a (...) actuação contribuiu também para aperfeiçoar a minha forma de executar alguns objectivos desta natureza.” [RA4].

“Embora já tivesse estado no bloco de partos, o que vi, ouvi e senti durante estes dias não deixou de me trazer novas emoções e de me impressionar tanto ou mais que antes, pois agora já consegui perceber como se fazem determinados procedimentos e porque se fazem.” [R12].

“A nível profissional proporcionou-me, por pouco que fosse, o desenvolvimento da relação de ajuda e escuta do outro.” [RF5].

Denota-se, também, que o confronto experiencial com as diferentes situações do cliente permite que o estudante se dê conta do seu não saber como agir. Este aspecto é referido por um estudante, que relata:

“Quería muito tentar ajudar aquela jovem (como eu), pois também gostaria que me ajudassem a mim. Mas confesso que não sabia como, não sabia o que dizer...” [RE3].

O estudante explicita o seu não saber como fazer, naquela situação, aspecto que só por si pode iniciar o processo reflexivo (Dewey, 1991) pelo sentimento de dificuldade ou incapacidade tornada consciente. Deste modo, os estudantes podem passar de um nível de acção dita rotinizada ou baseada na habilidade, para um nível de acção reflexiva que constitui o nível mais elevado e complexo de realização de acções (Ellström, 2006). Trata-se do uso do conhecimento que se desenvolve na reflexão interactiva sobre os saberes experienciais e a linguagem que promove uma consciência discursiva das regras de acção e do uso legítimo dos recursos que organizam as rotinas (Caria, 2002) nos contextos de práticas de cuidados.

4.3 CONHECIMENTO PESSOAL

Conhecimento pessoal é aquele que o estudante expressa acerca de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões e dos seus receios. Este conhecimento permite-lhe adquirir uma autenticidade e um certo nível de confiança que lhe facultarão melhorar a qualidade de cuidados que presta (Rispaill, 2003), bem como perceber que a sua acção está certa ou é justificada (Reed e Procter, 1993).

A enfermagem, considerada como um processo interpessoal, envolve interacções, relacionamentos, e transacções entre a enfermeira e o cliente. Este contacto interpessoal tem influência na pessoa que é cuidada. O conhecimento pessoal estende-se à relação com os outros e à relação com o próprio EU, o que requer o conhecimento de possibilidades infinitas bem como o risco do total envolvimento que resulta numa grande capacidade para aceitar a ambiguidade, o vago ou a discrepância de nós próprios e dos outros. Requer a aceitação do outro na sua liberdade para criar e o reconhecimento de que cada pessoa não é uma entidade fixa mas antes constantemente envolvida em processo de devir. Este conhecimento é subjectivo, concreto e existencial (Carper, 1996). O conhecimento pessoal é essencial para as escolhas éticas, pois que

a acção moral pressupõe maturidade pessoal e liberdade. Cuidar o outro envolve tornar-se um determinado tipo de pessoa e não meramente fazer determinado tipo de coisas (Carper, 1996).

O auto-conhecimento assenta na experiência pessoal e subjectiva e inscreve-se em termos de futuro, pois permite a projecção pessoal na intervenção futura, como já vimos. Envolve o conhecimento da intimidade (corporal, de sentimentos, constrangimentos, vergonha...), dos valores e das emoções (Rispaill, 2003).

Os discursos narrativos dos estudantes evidenciam processos de construção de conhecimento pessoal em diferentes níveis. *O conhecimento de si, a aceitação de si, a transformação de si e o desejo de ver e aprender* (quadro 52).

Quadro 52: Conhecimento pessoal

CONHECIMENTO PESSOAL		
Conhecimento de si	Dos seus medos Dos seus receios Do reforço da segurança pessoal Do reconhecimento das suas capacidades pessoais Do reconhecimento de atitudes pessoais menos correctas Da compreensão das implicações da interpretação pessoal Dos factores que bloquearam a sua acção Dos factores que impulsionaram a sua acção Da relevância da transmissão de segurança ao cliente De que terá mais calma Da sua aprendizagem pessoal	
Aceitação de si	Aceitação de medos e receios pessoais Ter expectativas realistas Reconhecimento de ser profissional – pessoa Reconhecimento de que não deve ter receio em mostrar desconhecimento Reconhecimento da importância dos medos e dúvidas na construção do saber	
Transformação de si	Auto-confiança	Reforço da auto-confiança Alguma confiança na abordagem dos clientes Alguma confiança no estabelecimento do diálogo com os clientes
	Desenvolvimento de atitudes	Desenvolver uma atitude mais assertiva Desenvolver uma atitude mais comunicativa no futuro Importância do questionamento Maior abertura para compreender as necessidades do cliente
	Reconhecimento de crescimento pessoal Mudança na forma de pensar	
Desejo de ver e aprender		

Conhecimento de si

O conhecimento de si envolve o reconhecimento de capacidades pessoais no processo cuidativo, capacidades que em algumas situações só foram descobertas após a análise reflexiva realizada em torno de situações significativas para os estudantes. O reconhecimento *dos seus medos, dos seus receios, o reforço da segurança pessoal, o reconhecimento das suas capacidades pessoais, de atitudes pessoais menos correctas, da compreensão das implicações da interpretação pessoal, dos factores que bloquearam a sua acção ou que impulsionaram a sua acção, bem como o reconhecimento da relevância da transmissão de segurança ao cliente, de que terá mais calma e da sua aprendizagem pessoal* são aspectos que ilustram o processo de compreensão de si próprios, das suas crenças, dos seus hábitos, das suas aversões, dos seus

receios, tomando consciência dos seus mecanismos de projecção e de defesa, afim de adquirir uma autenticidade e de um certo nível de confiança que lhes permitirão melhorar a qualidade dos cuidados que prestam (Rispaill, 2003).

Este processo é ilustrado por alguns excertos narrativos produzidos pelos estudantes.

“Sinto que serei capaz de enfrentar uma situação semelhante com maior segurança, apesar da singularidade de cada situação, aprendi a desvalorizar aparências e a valorizar o amor e coragem de quem sofre.” [RH3].

“Eu não imaginava que conseguiria estabelecer uma relação bastante forte de ajuda com uma cliente em apenas umas horas, e fiquei a saber por isto que um dia vou ser uma profissional bastante mais atenta e melhor, do que pensei alguma vez vir a ser. Tendo conseguido naquele dia e naquelas horas ajudar uma pessoa o que se torna bastante importante na nossa futura profissão.” [RC1].

Está patente o reconhecimento de capacidades pessoais que os estudantes se dispõem mobilizar nas suas intervenções futuras, revelando o desenvolvimento do potencial de cada um e a confiança em si na caminhada dirigida para o futuro. Também o reconhecimento de aprendizagem pessoal pela vivência das situações de cuidados é explícito.

“Tenho a plena noção de que apesar das circunstâncias, a situação foi bastante enriquecedora em termos essencialmente pessoais, que poderá de alguma forma influenciar as minhas competências enquanto profissional de saúde. Constitui sem dúvida um momento de construção de uma base cada vez mais sólida que me permitirá lidar de uma forma cada vez mais positiva com as situações futuras, sabendo gerir a minhas expectativas com a possibilidade ou mesmo a não realização de um desejo/sonho.” [RJ3].

Mais uma vez é notória a projecção que é feita para a intervenção futura, expressando um modo de desenvolvimento pessoal, que de acordo com Edgar Faure “*deverá ser para todos*” (Herrera *et al.* 1981:303).

Aceitação de si

A aceitação de si, enquanto componente do conhecimento pessoal, refere-se à admissão para si próprio de que é uma pessoa singular, com características que lhe são próprias, mas também como pessoa em devir, ou seja em desenvolvimento. Assim, o processo de *aceitação de si* implica a *aceitação de medos e receios pessoais, ter expectativas realistas*, reconhecer-se como *ser profissional/pessoa que não deve ter receio em mostrar desconhecimento*, bem como o reconhecimento *da importância dos medos e dúvidas na construção do saber*. Alguns excertos narrativos dos estudantes clarificam este processo.

“Na nossa profissão, em que cuidamos do Ser Humano numa perspectiva holística, nas diferentes dimensões, não devemos ter receio de mostrar que temos um determinado deficit de conhecimento se realmente, à partida, o quisermos colmatar.” [RD4].

“Hoje desenvolvi e mudei a minha forma de pensar, pois pensei que iria ser uma má enfermeira por reagir como reagi a esta situação naquele dia. Hoje a escrever a

reflexão concluo que ainda só estou a aprender a ser enfermeira e que por isso não posso esperar um comportamento exímio de mim. Para ser uma enfermeira exemplar ainda me falta muitas análises como estas para poder acordar um dia e dizer sou enfermeira.” [RC4].

“Agora no fim de ler alguma bibliografia e de ter visto qual a opinião de alguns enfermeiros e colegas, sinto que os meus sentimentos de medo, frustração, impotência, tristeza e ansiedade, são naturais no dia a dia dos cuidados e que não os devo esconder ou negar, mas sim aceitá-los e aprender a crescer e a desenvolver-me a partir deles. Assim, estes sentimentos tornam-se um contributo para o meu crescimento como enfermeira e como ser humano.” [RI4].

Estes excertos narrativos revelam processos de aprendizagem ditos de nível II (Josso, 1991), no sentido de aprender a aprender e aprender com os contextos. Este nível de aprendizagem necessita de um processo reflexivo complexo necessário à apreensão de possíveis não imediatamente aparentes, bem como uma capacidade de distanciamento que torna possível olhar a sequência da experiência, dar-lhe sentido e interpretar os comportamentos pessoais adoptados nesses contextos. De facto, os estudantes expressam nos seus discursos narrativos a componente reflexiva que lhes permite verem-se na situação e aceitarem-se como pessoas em desenvolvimento.

Transformação de si

O processo de transformação de si é relativo a um processo de mudança interior, ou de metamorfose, como nos refere Sá-Chaves (2004; 2004a), que inclui a *auto-confiança*, o *desenvolvimento de atitudes*, o *reconhecimento de crescimento pessoal* e a *mudança na forma de pensar*.

A auto-confiança, enquanto conhecimento das disposições pessoais (Rispaill, 2003), é expressa pelo reforço da mesma, pela conquista de alguma confiança na abordagem dos clientes, bem como por alguma confiança no estabelecimento do diálogo com os clientes.

O desenvolvimento de atitudes encerra a dimensão crescimento de si, enquanto processo de desenvolvimento pessoal, cujo conhecimento se expressa na perspectiva de mudança de atitudes: *“desenvolver uma atitude mais assertiva, desenvolver uma atitude mais comunicativa no futuro”*; na consideração da *“importância do questionamento”* e da *“maior abertura para compreender as necessidades do cliente”*.

Já o *“reconhecimento de crescimento pessoal”*, bem como a *“mudança na forma de pensar”* expressam de modo mais explícito o processo de transformação de si, enquanto componente de conhecimento pessoal (Rispaill, 2003).

Alguns estudantes narram estes processos do seguinte modo:

“ (...) considero ainda que esta situação me trouxe alguma confiança na abordagem aos mais idosos, tal como no diálogo, que tentarei transpor para outras abordagens, uma vez que de modo geral o essencial é escutar, apoiar e falar.” [RA3].

“Existe uma congruência entre as acções por mim realizadas perante a situação descrita, e a teoria bibliográfica, pelo que julgo ter procedido da forma mais correcta durante o desenrolar da acção, revelando-se a nível pessoal na aquisição de sentimentos de confiança, e numa maior consistência nos conhecimentos.” [RD2].

“Como resultado desta experiência específica fica para mim uma maior abertura para tentar compreender quais as necessidades reais da família, e não só da criança, uma vez que é a família a entidade prestadora de cuidados a longo prazo. A consciência da importância acerca dos estilos parentais para o desenvolvimento da criança e para a sua capacidade de enfrentar a doença e a hospitalização, leva-me a delegar maior interesse a uma actuação mais direccionada para o sistema familiar e não só para a criança individualmente. Cuidar da criança implica simultaneamente cuidar da família e das suas interacções.” [RJ5].

Estão expressos modos de conhecimento pessoal ancorados em processos de transformação pessoal para um cuidar, por um lado, mais bem informado e por outro mais seguro e auto-confiante.

O *desejo de ver e aprender* é considerado também um elemento de transformação de si, no processo de conhecimento de si, pois que explicita a natureza proactiva do estudante no seu processo de aprendizagem experiencial (Rodrigues, Pereira e Ferreira, 2006), que mais que um sujeito passivo é actor construtor do seu processo de aprendizagem e nessa medida envolve o poder transformador que a experiência encerra, se esta for pensada e reflectida enquanto tal, mesmo em situações adversas, como nos exprime um estudante:

“Eu era percorrida pelo medo, pelo receio, mas também por um desejo enorme de ver e aprender e começar a estabelecer alguma relação tanto com os idosos, como com as auxiliares e também os próprios familiares dos idosos.” [RB2].

Trata-se da expressão de um conhecimento pessoal dito de nível III, pois incorpora a motivação e o desejo de transformação de si, que marca uma reorganização profunda do carácter do estudante pela noção de auto-reforço no processo de mudança comportamental (Josso, 1991).

Torna-se claro que o conhecimento pessoal emerge na relação cuidativa com o cliente, a família e situações sociais. O sofrimento, o confronto com a doença, com a morte, estão na origem de numerosas interrogações por parte de quem cuida, pelo que conhecer-se, estar de acordo consigo próprio constituem processos de conhecimento pessoal para ser um cuidador mais eficaz (Rispaill, 2003). A investigação narrativa permite encontrar a essência do conhecimento pessoal pelos discursos de interacção do eu dos estudantes com as situações de cuidados e este processo revela, também, tensões entre o conhecimento pessoal e profissional. Através da reflexão é revelado o conhecimento pessoal incorporado no conhecimento prático de enfermagem (Kent, 2004), que se expressa nas componentes conhecimento de si, aceitação de si, transformação de si e o desejo de ver e aprender. Este conhecimento mostra a capacidade dos estudantes tomarem consciência da suas experiências, avaliá-las, verificá-las e corrigi-las o que exprime a sua caminhada de desenvolvimento para a maturidade, ou seja, para a autonomia e a responsabilidade (Rispaill, 2003).

4.4. CONHECIMENTO ÉTICO-LEGAL

O padrão de conhecimento ético, como já referimos, é considerado a componente moral do conhecimento em enfermagem e inclui o conhecimento de normas e códigos de ética da disciplina, o julgamento moral do certo e do errado na acção voluntária e deliberada, a consciência de que os objectivos servem uma norma ou padrão pelo qual a actividade é avaliada e a compreensão das diferentes posições filosóficas relativas ao que é considerado “bom” ou desejável (Carper, 1996). Nesta dimensão de conhecimento incluímos a componente legal, pois que acompanha habitualmente as decisões consideradas desejáveis na prática profissional de enfermagem, envolvendo a prática de acordo com a legislação aplicável; a prática de acordo com as políticas e normas nacionais, desde que estas não colidam com o *Código Deontológico do Enfermeiro* e o reconhecimento e actuação nas situações de infracção/violação da lei e/ou do código deontológico que estão relacionadas com a prática de cuidados (Paiva, 2004) que não podem ser separados quando falamos de uma conduta profissional comprometida com o cuidado às pessoas.

Nesta asserção, Nunes (2004) considera que “*a função da ética é guiar a actividade do enfermeiro a favor do bem presumido do outro*” (p.38). Deste modo, a autora considera o conjunto de valores que norteiam o exercício profissional, que são os *valores em relação à pessoa assistida*, tais como a dignidade humana, o respeito pelos Direitos Humanos, a cidadania e a excelência no cuidar; os *valores em relação ao enfermeiro*, destacando a dignidade profissional, a autonomia, a responsabilidade e a competência; os *valores em relação à profissão e aos pares*, como a dignificação, a solidariedade, a correcção e urbanidade e a probidade; e os *valores em relação às outras profissões*, como sejam a articulação, a complementaridade, a co-responsabilidade e o respeito pelos limites das competências de cada profissão (*Ibidem*, p. 40 e seguintes).

Neste quadro, consideramos discursos narrativos dos estudantes de cunho ético-legal o “respeito pelo cliente, o respeito pelos princípios éticos e o respeito pelos aspectos legais” (quadro 53).

Quadro 53: Conhecimento ético-legal

CONHECIMENTO ÉTICO-LEGAL	
Respeito pelo cliente	Respeito pela dignidade do cliente Respeito pela intimidade e privacidade do cliente Respeito pela identidade e sentimentos do cliente Respeito pelas capacidades do cliente
Respeito pelos princípios éticos	Princípio da beneficência
Respeito pelos aspectos legais	Dos direitos do cliente Do direito à informação por parte do cliente

Respeito pelo cliente

O respeito pelo cliente é expresso enquanto “valores em relação à pessoa assistida” (Nunes, 2004:41) e da prática segundo a ética exposta nas competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Os discursos narrativos dos estudantes expressam com clareza o *respeito pela dignidade do cliente*, o *respeito pela intimidade e privacidade do cliente*, o *respeito pela identidade e sentimentos do cliente* e o *respeito pelas capacidades do cliente*.

Quanto à dignidade do cliente em fase final de vida, um estudante refere:

“A vida é algo pessoal e intransmissível, de igual modo, a morte, enquanto último e inevitável acto da nossa existência, é pertença de cada um! Morrer com dignidade é um direito do doente incurável, por isso, o enfermeiro no exercício competente da sua arte, deve assumir esse desafio com maturidade e respeito pela individualidade” [RJ5].

A intimidade e privacidade com que o cliente é cuidado são também referidas, enquanto valores de natureza ética, por um estudante:

“Éticamente ajudou-me a desenvolver sobretudo o sentimento de respeito, compreensão do outro, da sua intimidade e privacidade (...).” [RF5].

A preservação da identidade e respeito pelos sentimentos do cliente são expressos pelos estudantes na sua reflexão em torno da relação com o cliente idoso, bem como o respeito pelas capacidades do cliente, que constituem aspectos reflexivos quanto aos aspectos de natureza ética.

“Por outro lado esta situação também veio reavivar certos conceitos que apesar de serem bastante conhecidos por vezes parece que as pessoas se esquecem um pouco, nomeadamente no que diz respeito ao direito que o idoso tem a ser tratado como ser humano que é, o respeito pela sua identidade e sentimentos. Não podemos desprezar os seus sentimentos só porque é velho, o idoso sente e vive as diferentes situações da mesma forma que o resto das pessoas o faz, e por isso não temos o direito de desprezar ou menosprezar os seus sentimentos de perda e tristeza só porque são mais velhos.” [RB2].

“Outro aspecto a referir é o respeito pelas capacidades da pessoa, daí ter questionado a minha colega e avaliado a força da senhora.” [RA4].

Nos dois excertos é evidente a preocupação dos estudantes em agir respeitando valores éticos relativos à pessoa assistida, sendo manifesta a questão do cuidado ao idoso enquanto pessoa com “*identidade e sentimentos*” que deixa antever algum estereótipo e estigma que acompanha este grupo etário nas sociedades capitalistas ocidentais e relativamente aos quais o estudante faz questão de expressar o seu pensamento de cidadania e correcção no modo como são produzidos os cuidados com estes clientes.

Respeito pelos princípios éticos

Nas narrativas reflexivas, alguns estudantes expressam o princípio da beneficência como tendo guiado as suas intervenções cuidativas. É um princípio que faz parte da ética dos princípios, a par do princípio da não maleficência, da autonomia e da justiça. Neste quadro, um estudante expressa:

“Em qualquer uma das minhas intenções, ouve um princípio que me guiou acima de tudo, que foi o princípio da beneficência, pois reger-me por ele é um intuito que procuro seguir em todas as minhas intervenções, visto estarmos presentes para fazer o melhor que consigamos” [RA4].

É claro o compromisso do estudante com um cuidar sem dano ou sofrimento para o cliente, acentuando a sua presença enquanto profissional que pretende fazer o melhor possível para o cliente.

Respeito pelos aspectos legais

O respeito pelos aspectos legais expressos por alguns estudantes nas suas narrativas acentua os *direitos do cliente* e o seu *direito à informação*, que expressam do seguinte modo:

“não me vou esquecer de ver o idoso como um indivíduo com direitos” [RB4].
“Outro tema sobre o qual reflecti mais uma vez, visto ser um tema sobre o qual já tinha falado nas aulas, foi a necessidade de fornecer a informação necessária ao utente tenha ele que idade tenha, só assim este pode decidir sobre tudo o que lhe diz respeito. Cada um de nos tem o direito a ser respeitado na sua individualidade e assim tem o direito a ser informado atempadamente sobre tudo o que lhe diz respeito para mais facilmente poder tomar as suas decisões.” [RB2].

Trata-se de duas expressões narrativas de um mesmo estudante (B) em dois momentos diferentes que espelham a preocupação ética nos cuidados que pratica, incluindo a consideração de que o cliente toma decisões, deixando antever que aquele é considerado enquanto parceiro nos cuidados, e por isso tem direito a *“ser informado atempadamente”*. Estas e outras expressões narrativas dos estudantes em situação de aprendizagem clínica mostra, por vezes, a existência de alguma tensão entre a teoria e a prática, criando dilemas profissionais em enfermagem (Kent, 2004) que só uma prática supervisiva atenta e informada pode ajudar a ultrapassar.

4.5. CONHECIMENTO REFLEXIVO

O conhecimento reflexivo é o processo intrapessoal de observar o próprio saber, expressando compreensão e consciência do eu, sendo considerado um processo de interiorização (Barth, 1996). Em todo o acto de conhecimento, por mais simples e elementar, é presente ao menos implicitamente, a reflexão, enquanto consciência do eu, que opõe um sujeito a um objecto. Quando sujeito e objecto são ontologicamente idênticos, estamos perante a consciência reflexiva ou autoconhecimento, no sentido da presença real do objecto ao sujeito, presença intencional, para toda a espécie de conhecimento, seja sensível, intelectual e do próprio eu. Enquanto

fenómeno reflexivo, o “*sujeito opõe-se a si mesmo como objecto*” (Freitas, 1967: 1392). A compreensão, expressa pelo conhecimento reflexivo, é considerada o processo de interpretação da realidade, comparando, inferindo, percebendo, argumentando a inferência, tornando-se consciente e decidindo-se. A consciência do objecto pensado (situação, saber pessoal) é o processo de interiorização (Barth, 1996). A mesma autora considera que para se compreender um saber é preciso manipulá-lo, ou seja construir um conceito a partir da informação que se tem, processo este que é activo e de reflexão crítica. Neste sentido, não se pode compreender, construir conceitos, independentemente dos conhecimentos já possuídos.

À semelhança de Barth (1996), Chauí (2000) considera consciência a “*capacidade humana para conhecer, para saber que conhece e para saber o que sabe que conhece*”, pelo que a consciência é um conhecimento das coisas e de si e um conhecimento desse conhecimento, designado de conhecimento reflexivo (Chauí, 2000: 147).

Com este pano de fundo, a análise dos discursos narrativos dos estudantes permitiram inferir processos de construção de conhecimento, enquanto conhecimento reflexivo, nos domínios *compreensão e auto-conhecimento* (quadro 54).

Conhecimento reflexivo expresso pela compreensão

A compreensão enquanto expressão do conhecimento reflexivo é enunciada pelo entendimento e manifestação pessoal dos estudantes acerca *da importância da actualização permanente, da importância da comunicação, da importância do acompanhamento de familiares durante a hospitalização, da comunicação terapêutica e da importância da escuta activa*. Expressam ainda a sua compreensão *mais profunda das respostas da criança*, bem como a compreensão *do erro* no seu processo de aprender, pela via da reflexão.

A título de exemplo, apresentamos dois excertos narrativos que ilustram o conhecimento reflexivo pela expressão de compreensão.

“Mas penso que sobretudo compreendi a importância de estar sempre actual em relação aos conhecimentos, para pudermos esclarecer as mães/família.” [RB3].

“E sei que de futuro vou assumir a comunicação em enfermagem ainda com maior importância e poder do que aquela que já lhe conferia, porque nesta situação realmente apercebi-me do seu real valor.” [RB1].

A compreensão expressa traduz um entendimento mais profundo dos conhecimentos já detidos que pela sua constatação experiencial, reconstruída nas narrativas, passando a ter um outro significado. Trata-se como refere Caria (2002) de um conhecimento reflexivo exposto pela explicitação da linguagem contextual nos processos de produção de cuidados.

Quadro 54: Conhecimento reflexivo

CONHECIMENTO REFLEXIVO			
Compreensão	Da importância da actualização permanente Da importância da comunicação Da importância do acompanhamento de familiares durante a hospitalização Da comunicação terapêutica Mais profunda das respostas da criança Do erro Da importância da escuta activa		
	Auto-conhecimento	Enquanto pessoa	Em desenvolvimento
Com atitudes; Com limitações			
Enquanto profissional		Na acção	Consciência de desenvolvimento de competências Consciência da necessidade de mobilizar conhecimentos Consciência de aprendizagem Consciência de ter agido bem Consciências das acções realizadas Consciência das dificuldades Consciência de que procurará agir do mesmo modo em situações semelhantes Consciência de comunicação ajustada Consciência de princípios bioéticos Consciência de ter criado juízos de valor Consciência dos erros cometidos
		Em desenvolvimento	Consciência de aprendizagem contínua Consciência de saber em construção Consciência de desenvolvimento profissional Consciência de crescimento pelo processo investigativo acerca da situação Consciência da importância da compreensão dos conhecimentos Consciência da incerteza na acção futura
		Reflexivo	Consciência de desenvolvimento e aprendizagem Consciência de construção do saber baseado na reflexão Consciência da importância da reflexão para a aprendizagem
Consciência do papel do enfermeiro Consciência do cliente – pessoa (Consciência de que a pessoa é influenciada por diversos factores) Consciência das situações de cuidados (Consciência de que cada caso é um caso)			

Conhecimento reflexivo expresso pelo auto-conhecimento

Os discursos narrativos dos estudantes são expressivos de processos de auto-conhecimento pela *consciência de si enquanto pessoa, de si enquanto profissional, bem como consciência do papel do enfermeiro, consciência do cliente/pessoa (consciência de que a pessoa é influenciada por diversos factores) e consciência das situações de cuidados (consciência de que cada caso é um caso)*.

Enquanto pessoa em desenvolvimento, os estudantes expressam a *consciência de desenvolvimento pessoal, de enriquecimento pessoal e de enriquecimento em conhecimentos, bem como a consciência de desenvolvimento da capacidade reflexiva*. Esta consciência de desenvolvimento pessoal é expressa nos excertos narrativos que se seguem.

“Desenvolvi competências técnicas, relacionais e científicas e senti um desenvolvimento enquanto pessoa, através do evoluir da minha capacidade de

compreensão, escuta, tolerância, respeito entre outras, que de algum modo vão influenciar significativamente os meus próximos estágios, assim como, toda a minha vida futura!” [RH1].

“Considero esta experiência bastante enriquecedora e gratificante uma vez que me promoveu a vivência de uma situação desconhecida para mim, contribuindo assim para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.” [RF5].

“Consegui com este trabalho continuar a desenvolver a minha capacidade reflexiva.” [RB5].

A explicitação deste conhecimento, que a si mesmo se conhece, corresponde a uma racionalização do conhecimento acerca de si que interpenetra a reflexividade intrasubjectiva e contextual que se reforçam mutuamente, sem se diluírem (Caria, 2002). Os estudantes tomam consciência do seu processo de desenvolvimento pessoal articulando reflexivamente o contexto e o sujeito (eles próprios), conseguindo dar sentido e articular o agir e o pensar, com consciência discursiva contextualizada na acção.

A consciência de si enquanto pessoa, expressa pelos estudantes, inclui pensar-se como pessoa em desenvolvimento, bem como pessoa com atitudes próprias e com limitações. A consciência de si enquanto pessoa com limitações é manifestada do seguinte modo:

“A elaboração desta reflexão, permitiu-me reflectir acerca das acções e intervenções que tive, bem como ter consciência das minhas limitações e acima de tudo saber como actuar em situações semelhantes.” [R13].

Tomar consciência de si enquanto pessoa com limitações é o exemplo do uso identitário do conhecimento (Caria, 2002), pela representação de que as situações são incertas e dinâmicas, nas quais os problemas surgem continuamente e colocam novas questões sobre quem somos e sobre o sentido do que andamos a fazer. Trata-se de um conhecimento reflexivo inscrito na primeira pessoa e na consciência prática da acção desenvolvida. É um processo de auto-referenciação do estudante, que lhe permite pensar-se a si próprio como pessoa na acção e em desenvolvimento, expressivo da designada ausência de *ignorância secundária*, ou o não saber que não se sabe (Ribeiro, 2003: 110).

Os processos de conscientização enquanto expressão de conhecimento reflexivo incluem a consciência de si enquanto profissional na acção, enquanto profissional em desenvolvimento e enquanto profissional reflexivo. A consciência de si enquanto profissional na acção é expressa pelos estudantes nos domínios da *consciência de desenvolvimento de competências, consciência da necessidade de mobilizar conhecimentos, consciência de aprendizagem, consciência de ter agido bem, consciências das acções realizadas, consciência das dificuldades, consciência de que procurará agir do mesmo modo em situações semelhantes, consciência de comunicação ajustada, consciência de princípios bioéticos, consciência de ter criado juízos de valor e da consciência dos erros cometidos.*

A transcrição que se segue procura exemplificar este processo de tomada de consciência reflexiva.

“Em síntese, considero que existe congruência entre as ações por mim realizadas perante a situação descrita, e a teoria bibliográfica. Procurei dar o meu melhor, e julgo ter agido de forma apropriada. O modo como a D. X interagiu comigo, para mim é uma prova de como ela se sentiu bem enquanto nós conversávamos. Existiu proximidade, empatia, e uma comunicação não-verbal bem sucedida. Quando se chega ao fim de determinada “etapa”, seja ela qual for, e se recebe um abraço ou um simples sorriso de volta, é sinal que a nossa ação teve os seus frutos, e sinto-me feliz por tal ter acontecido comigo. Estou certa de que em situações semelhantes procurarei agir da mesma forma.” [RE1].

A consciência de si enquanto profissional em desenvolvimento é expressa pela *consciência de aprendizagem contínua*, pela *consciência de saber em construção*, de *desenvolvimento profissional*, de *crescimento pelo processo investigativo acerca da situação*, bem como pela *consciência da importância da compreensão dos conhecimentos* e pela *consciência da incerteza na ação futura*.

“Agora sei que sou uma pessoa maior em termos de conhecimentos porque compreendi a sua importância. Este pensamento vai-me ajudar bastante no resto do curso, mas sobretudo para a minha vida futura enquanto enfermeira. Pois não podemos assumir uma posição de estagnação quando acabamos o curso, não podemos ficar à espera que as coisas aconteçam.” [RB3].

Enquanto profissional reflexivo, os estudantes expressam consciência de si como sujeitos em *desenvolvimento e aprendizagem*, com a *consciência de construção do saber baseado na reflexão* e a *consciência da importância da reflexão para a aprendizagem*, como a seguir transcrevemos.

“ (...) esta situação suscitou em mim uma grande reflexão e neste momento interpreto a mesma como um factor que contribuiu para o meu desenvolvimento e para a minha aprendizagem” [RF1].

“Penso que este exercício me possibilitou acima de tudo reflectir. Reflectir sobre as actividades desenvolvidas por mim, o que é fundamental. Mesmo enquanto profissional é necessário existir uma reflexão constante sobre a prática, pois esta é uma forma de corrigir e aperfeiçoar os actos de cada um, o que permite prestar cuidados de enfermagem cada vez de melhor qualidade. Esta é uma forma de construção de um saber baseado num processo de prática-reflexão apoiado na ciência.” [RI4].

“Por tudo aquilo que referenciei é notório a importância de uma reflexão. Um momento pode constituir por si só um momento de aprendizagem, contudo se sobre ele nos debruçarmos e reflectirmos estaremos a colaborar para um desenvolvimento interior cada vez maior. Viver, só faz sentido se tivermos consciência de que estamos em permanente evolução interior. Se tivermos a plena noção de que hoje podemos ser melhores que ontem, amanhã melhores do que hoje...” [RJ1].

É notável o modo como os estudantes dão conta da sua consciência reflexiva na construção de si, enquanto pessoas e profissionais, lidando com a informação proveniente do meio e com os próprios processos de pensamento, ilustrando o controlo e gestão dos próprios processos cognitivos que lhes permite a expressão de responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem e de cidadania, bem como confiança nas suas próprias capacidades. Trata-se, de acordo com

Ribeiro (2003) de uma forma de metacognição que conduz a uma melhoria da actividade cognitiva e motivacional e, por isso, a uma potencialização do processo de aprender. O conhecimento que o estudante demonstra possuir sobre o que sabe e o que desconhece acerca do seu conhecimento constituem estratégias de auxílio à decisão e conseqüentemente a uma melhoria do seu desempenho.

A consciência do papel do enfermeiro é também revelada enquanto conhecimento reflexivo dos estudantes, que se apoia no observado para aprender e (re) aprender, reconstruindo sentidos e a função profissional para a qual estão a ser preparados.

“Esta situação revelou-se ainda oportuna para o meu futuro, enquanto testemunha do nosso papel enquanto estimuladores de independência e de que em pessoa mais idosas, é fundamental ajudá-las a acreditar que as suas capacidades podem ser alcançáveis com o seu esforço e com o nosso auxílio, e que não deverão de modo algum ser abaláveis por uma mera questão de tempo.” [RA4].

“Considero que devemos caminhar cada vez mais no sentido de preservar a ideia de que a pessoa é única e que a ela fazem chegar muitas e variadíssimas influências, daí termos de estar atentos a todas as suas dimensões” [RA5].

É patente a evidência do papel do enfermeiro pela acção observada a partir da qual o estudante conjectura formas de agir pessoais ajustadas à natureza de cada situação, realçando a singularidade do cliente, as múltiplas influências que sofre e a importância da atenção profissional a estes aspectos nos processos de produção de cuidados.

O reconhecimento de que cada situação é única e de que a acção profissional deve considerar essa singularidade é também expressa pelos estudantes enquanto processo de tomada de consciência, como podemos observar nas transcrições que se seguem.

“Também é importante não esquecer que nem sempre o que é correcto numa situação e que serve para a ultrapassar se revela eficaz numa situação aparentemente semelhante. Cada caso é um caso. Há que não ter medo de comunicar (onde terá sido o meu grande obstáculo), é a partir deste acto que podemos transmitir os nossos pensamentos, sentimentos, ou ideias aos outros.” [RB2].

“No entanto, acredito que a minha actuação não foi de todo errada. Apesar disso, numa situação futura não sei como agiria, pois cada caso é um caso, e seguramente nenhum outro será exactamente igual a este. Cada um tem as suas particularidades, e por vezes são essas particularidades que definem o nosso modo de acção.” [RE3].

Trata-se de um conhecimento reflexivo que incorpora uma natureza metacognitiva no sentido de *controlo e auto-regulação* (Ribeiro, 2003), pois é revelada a tomada de consciência da capacidade para avaliar a execução das acções lidando com a incerteza e fazer correcções quando necessário, sendo evidenciado o controlo da actividade cognitiva e da responsabilidade dos processos executivos centrais que avaliam e orientam as operações cognitivas. Está também presente nos excertos narrativos a expressão de uma sensibilidade para o reconhecimento das variáveis da pessoa em situação de cuidados que é entendida como definidora do modo de acção

a empreender, que segundo Flavell e Wellman (1977), citados por Ribeiro (2003) constituem componentes da metacognição.

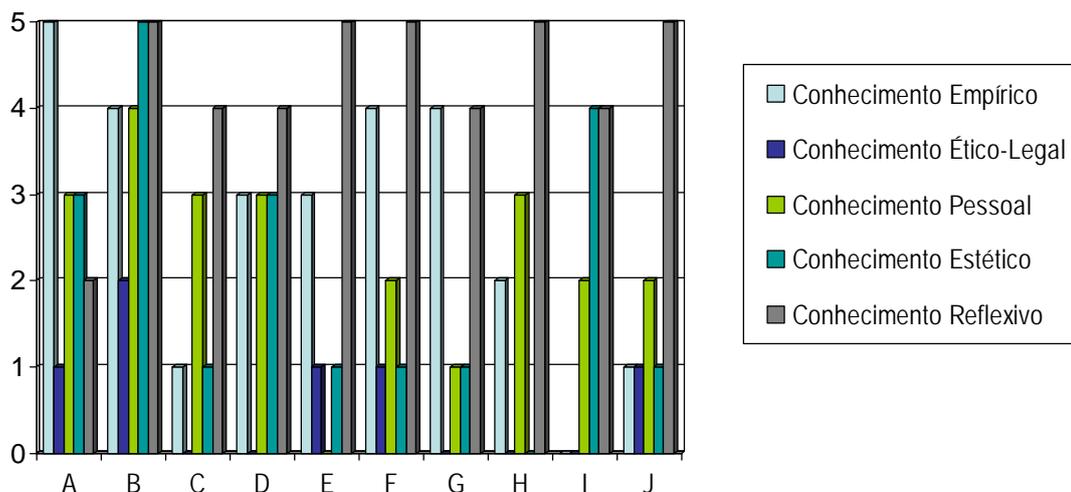
4.6. FACTORES DE VARIABILIDADE

À semelhança dos procedimentos de análise adoptados nas unidades temáticas anteriores, também aqui procuramos analisar em que medida existem factores de variabilidade, pelo que a realização de matrizes de intersecção entre os padrões de conhecimento identificados e variáveis de caracterização permitem uma análise mais detalhada dos processos de aquisição e construção de conhecimento por parte dos estudantes.

Variabilidade pessoal no processo de aquisição e construção de conhecimento

Considerando os estudantes participantes no estudo e a sua intersecção com os padrões de aquisição e construção de conhecimento, é possível verificar no gráfico 30 que a expressividade nos padrões de conhecimento identificados varia. A expressividade e pregnância são maiores no conhecimento reflexivo, para quase todos os estudantes.

Gráfico 30. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo os estudantes



Cinco estudantes em cinco narrativas evidenciam a expressão deste padrão de conhecimento, quatro estudantes expressam-no em quatro narrativas e apenas um (estudante A) o expressa em duas narrativas. Segue-se, em termos de maior expressividade, o conhecimento empírico, relativamente ao qual apenas um estudante não o expressa, seguindo-se a expressão de conhecimento pessoal e o conhecimento estético com uma expressividade semelhante, embora neste último um dos estudantes não o expresse nas suas narrativas (estudante H) e cinco estudantes expressam-no apenas em uma narrativa. Já o conhecimento ético-legal é expresso apenas por cinco estudantes, que o fazem em uma ou duas narrativas, fazendo crer que este

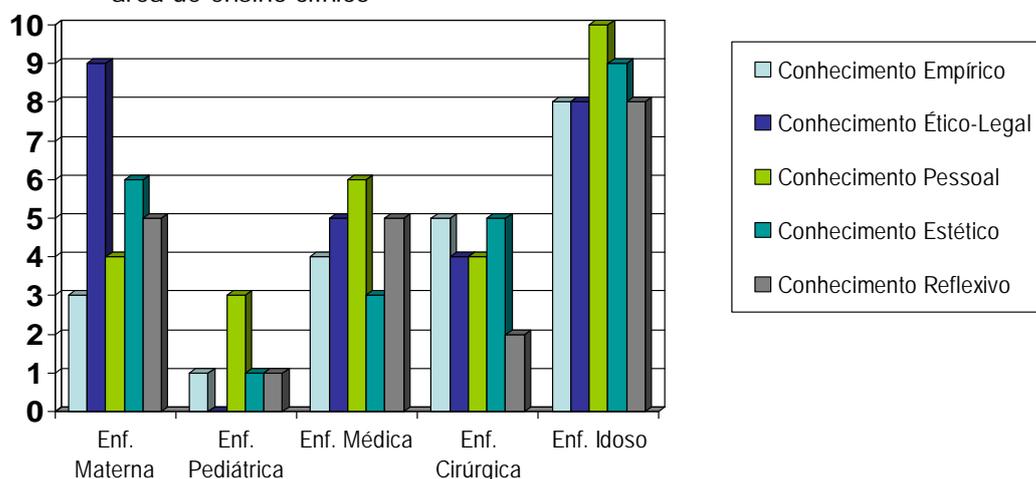
padrão de conhecimento não constitui ainda um referencial importante na construção de narrativas reflexivas realizadas por este grupo de estudantes.

Globalmente, parece haver elementos de variabilidade pessoal importantes na expressão dos diferentes padrões de conhecimento identificados. Dois estudantes (H e I) expressam apenas três padrões de conhecimento e apenas quatro estudantes expressam todos os padrões de conhecimento embora com distribuição bastante variável. Do notar que há um estudante que não expressa em nenhuma narrativa elementos relativos ao conhecimento pessoal, o que é estranho, considerando que é um dos que expressa com grande pregnância o padrão de conhecimento reflexivo, bem como, com alguma expressividade o conhecimento empírico. Esta é uma evidência que contraria resultados de alguns estudos realizados nesta área, que relatam a construção pessoal dos sujeitos que realizaram reflexão estruturada (Perry, 2000), o desenvolvimento de conhecimento pessoal e auto-avaliação dos enfermeiros aumenta, pela via da reflexão estruturada (Howell e Pelton, 2001), descrição de mudanças comportamentais nos estudantes (Glaze, 2001) e melhoria nos processos pessoais de resolução de problemas (Williams, 2001).

Variabilidade contextual no processo de aquisição e construção de conhecimento

O conhecimento acerca da variação na expressão dos padrões de conhecimento identificados e a área de ensino clínico na qual foram produzidas as narrativas reflexivas dos estudantes pode ser observada no gráfico 31.

Gráfico 31. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo a área de ensino clínico



É notório a grande discrepância que se observa na expressividade e pregnância dos padrões de conhecimento em função da área clínica em que são produzidas as narrativas. Na área de enfermagem do idoso quase todos os estudantes expressam, em quase todas as narrativas, todos os padrões de conhecimento. Na área de enfermagem materna destaca-se o conhecimento ético-legal e o conhecimento estético quanto à sua expressividade (são expressos por cinco ou mais

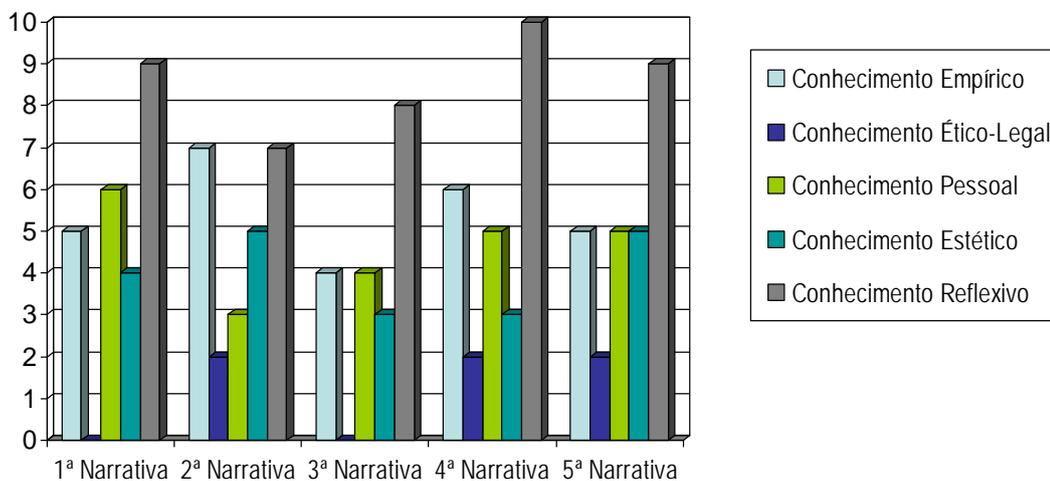
estudantes), enquanto que o conhecimento pessoal e empírico está presente em menos de metade dos estudantes. Nas áreas de enfermagem médica e de enfermagem cirúrgica a variabilidade não é significativa, embora a diferença observada no padrão de conhecimento reflexivo seja bastante (a sua expressão varia entre dois estudantes na enfermagem cirúrgica, para cinco estudantes na enfermagem médica. A área de enfermagem clínica que se salienta por uma expressão residual em todos os padrões de conhecimento é a área de enfermagem pediátrica, que inclusivamente não contém nenhuma expressão quanto ao conhecimento ético-legal. De facto, não sabemos que significado atribuir a estes dados, até porque a área de enfermagem pediátrica usava já esta estratégia de formação em ensino clínico há alguns anos e os supervisores estão bastante familiarizados com estes processos. Parece, portanto, não se tratar do factor de mediação supervisiva, que eventualmente poderia justificar tais diferenças. Também não encontramos resultados de investigação que assinalem estes aspectos. Fica a questão em aberto, ou seja porque razão os estudantes na área clínica de enfermagem pediátrica apresentam uma expressividade tão baixa na aquisição e construção de conhecimento, nos padrões de conhecimento identificados?

Variabilidade de continuidade narrativa no processo de aquisição e construção de conhecimento

Sabe-se que a continuidade na construção de narrativas reflexivas é um dos factores promotores de reflexividade por parte de quem as faz (Johns, 2004; 2005).

Nesta investigação importa saber se o mesmo se passa com a expressividade nos padrões de conhecimento identificados. Observando o gráfico 32 verificamos não haver grande disparidade nas expressões de padrões de conhecimento entre a primeira e quinta narrativas, excepto para a expressão de conhecimento ético-legal, que ocorre apenas a partir da segunda narrativa e mantém-se com expressividade semelhante nas restantes narrativas.

Gráfico 32. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo a narrativa



O conhecimento pessoal apresenta um decréscimo da primeira para a segunda narrativa e a partir daí a sua expressividade vai aumentando, embora ligeiramente. Os restantes padrões de conhecimento, excepto o conhecimento reflexivo, parece oscilarem aleatoriamente, não se observando diferenças significativas na sua distribuição quanto à continuidade narrativa. Curiosamente, o conhecimento reflexivo constitui um padrão de conhecimento que se destaca pela sua elevada expressividade em todas as narrativas, observando-se uma quebra da primeira para a segunda narrativa e a partir dessa parece haver uma certa tendência para aumentar a sua expressividade. O que é curioso é que o conhecimento de natureza reflexiva, sendo tão complexo e difícil de concretizar-se destaca-se em todas as narrativas. Terá a ver com a preparação prévia dos supervisores e orientadores pedagógicos e o enquadramento fornecido e explicado aos estudantes? Efectivamente, o enquadramento disponibilizado aos estudantes como suporte à realização das narrativas parece estimular a explicitação, de modo bastante claro, a componente reflexiva da narrativa, mas talvez seja necessário trabalhar as outras dimensões do conhecimento, tão importantes para uma prestação responsável, autónoma e emancipada dos cuidados de enfermagem.

5. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No processo de análise dos discursos narrativos dos estudantes foram identificados elementos indicadores de aquisição e desenvolvimento de competências pela construção das narrativas, bem como pela prática experiencial narrada.

Trépos (1992) refere que toda a competência se constrói no tempo. Associado à variável tempo, a competência profissional é considerada uma construção social que envolve um conjunto de saberes e de experiências de acção.

Barbosa e Rodrigues (2006) consideram competência o conjunto de “*atributos detidos pelo sujeito, em termos de conhecimentos, habilidades e destrezas*”, bem como “*os traços pessoais requeridos para o desempenho da tarefa*” (p. 23), assinalando a grande dificuldade que existe na sua identificação. Referem cinco abordagens que têm sido utilizadas para a identificação de competências: a *abordagem ocupacional*, que considera o posto de trabalho ou ocupação como categoria central de análise, a *abordagem comportamental* que enfatiza o conjunto de atributos que o indivíduo mobiliza no seu desempenho efectivo, a *abordagem construtivista*, cuja essência se centra na relação dialéctica que se estabelece entre o indivíduo e conhecimento, fazer e saber, teoria e prática. Esta abordagem tem como premissa básica a capacitação do sujeito construída pela reflexão sobre o trabalho, sendo o fazer e o saber integrados no processo de aprendizagem de competências. A *abordagem pela fenomenografia* coloca a ênfase nas concepções ou interpretações do sujeito sobre o seu próprio trabalho, no sentido em que “*a concepção governa não apenas a forma como o trabalho é realizado como também quais os atributos que efectivamente são mobilizados na sua realização*” (Barbosa e Rodrigues, 2006: 26). A *abordagem funcional* tem como premissa básica a ideia que “*uma pessoa é competente quando demonstra que sabe fazer*” (p.27), pelo que a sua identificação passa pelo reconhecimento de *elementos de competência* e os seus aspectos associados, as *componentes normativas*, necessárias para se alcançar o *propósito principal* do desempenho.

No domínio da formação, os formandos devem adquirir não somente conhecimentos, mas também verdadeiras competências. Competências, no sentido de um poder agir, permitindo ser eficaz num conjunto de situações, de um determinado domínio de referência. Esta competência consiste na resolução de problemas em situações dinâmicas (incertas, evolutivas e com forte constrangimento temporal) e particularmente difíceis de abordar em formações do tipo clássico (Buche *et al.* 2006).

No domínio profissional, a competência pode ser descrita fazendo-se referência a uma actividade ou profissão, devendo incluir as margens efectivas de autonomia e inovação e a forma como é possível desenvolvê-la (Meghnagi, 1998; Lima, 2005).

Buche *et al.* (2006) consideram que a competência profissional necessita da aquisição de saber-fazer e de saber-dizer ou conhecimentos, de modo a poder mobilizá-los em acção. Ou seja, toda a acção é situada e a competência precisa de um processo de adaptação permitindo a emergência de acções singulares para contextos também singulares. Os saber-fazer e os

conhecimentos constituem os objectivos da formação. Os autores referidos consideram ainda que o saber-fazer envolve o corpo, enquanto capacidades perceptivo-motoras, tais como coordenar uma deslocação, manter uma postura de segurança... que permitem agir sobre o ambiente simbólico (processos cognitivos de escolha nas situações de risco, processos de tratamento da informação em situações incertas, reconhecimento de formas...). Estes componentes são armazenados na “*memória procedimental*” e desenvolvem-se prioritariamente pela acção, repetição e reflexão (Buche *et al.* 2006: 55). Complementarmente à manifestação na acção, a competência apoia-se também na possibilidade de a explicitar, descrevendo as operações e condições em que ocorreu e permitiram a sua eficácia. Este “*saber como fazer*” (Boterf, 1995; 1997) constitui a informação útil para dirigir a acção e é armazenada na memória declarativa, sendo por vezes qualificada de conhecimentos procedurais (Boterf, 1995; Buche *et al.* 2006). Deste modo, a competência configura-se como sendo a explicitação de repertórios cognitivos de natureza variada, que envolvem acções e decisões das quais resulta a qualidade do desempenho (Meghanagi, 1998; Lima, 2005; Barbosa e Rodrigues, 2006). Ramos (2002) acrescenta que as competências são dinâmicas, mutáveis e flexíveis e, assim, apropriadas ao estreitamento da relação escola/instituição empregadora, no sentido de se conjugarem processos comuns ao seu desenvolvimento.

Dentro das abordagens construtivista e fenomenográfica a construção de narrativas reflexivas pelos estudantes, em contexto de práticas de cuidados, em torno de situações experienciais significativas parece poder constituir-se um meio possível para a identificação de competências, pois permite a expressão de representações de cenários vividos ajustadas ou aceitáveis por parte dos sujeitos, representações estas sempre passíveis de serem reconstruídas pela análise e reflexão (Lima, 2005). Por outro lado, a utilização de cenários projectivos permite aos estudantes pensar as suas competências por antecipação, imaginando esquemas de acção face à situação proposta, bem como, a indeterminação de um conjunto de factores possíveis na situação real estimula a concepção de alternativas possíveis face à incerteza (Trépos, 1992; Lima, 2005).

No domínio da enfermagem, a competência do enfermeiro de cuidados gerais refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Inclui, portanto a explicitação de repertórios cognitivos, que envolvem acções e decisões das quais resulta a qualidade do desempenho (Meghanagi, 1998; Lima, 2005).

Tomando por referência a explicitação de operações e condições de componentes cognitivo-procedimentais expressas pelos estudantes nas suas narrativas, a análise e classificação das codificações realizadas nos textos de investigação foram feitas considerando as competências do enfermeiro de cuidados gerais definidas pela Ordem dos enfermeiros (2003), nos domínios Responsabilidade, Prática segundo a ética, Prática legal, Prestação de cuidados e Desenvolvimento profissional (quadro 55).

Quadro 55: Aquisição e desenvolvimento de competências expressos nas narrativas

AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
Responsabilidade Prática segundo a ética Prática legal Prestação de cuidados Desenvolvimento profissional

5.1. RESPONSABILIDADE

Responsabilidade, do latim *respondere*, significa responder, comprometer-se perante alguém, designando a capacidade de responder pelos actos livremente realizados e pelas suas respectivas consequências (Barcelos, 2004). A responsabilidade é, assim, a obrigação do sujeito em responder por actos próprios, ou por algo que lhe é confiado (Costa e Melo, 1977). Além da imputação das consequências de uma acção realizada, a responsabilidade inclui o dever de realizar as acções para as quais tem o dever e o poder de realizar. Deste modo, a responsabilidade é apresentada como princípio, ou seja, como obrigação de todos em relação às gerações futuras e à sustentabilidade da natureza (Barcelos, 2004).

Habitualmente a responsabilidade é cometida ao exercício profissional, no sentido de manter e assegurar os objectivos e *standards de* boas práticas profissionais (Catalano, 1991).

Quanto à responsabilidade profissional em enfermagem, compreende a *responsabilidade pessoal* (em relação a si mesmo e aos clientes) e a *responsabilidade pública* (em relação ao empregador e à sociedade) (Catalano, 1991).

A análise dos discursos narrativos dos estudantes permitiu-nos codificar e classificar aspectos da responsabilidade profissional relativos a si próprio e em relação aos clientes (quadro 56).

Quadro 56: Responsabilidade profissional

RESPONSABILIDADE	
Em relação a si próprio	Mobiliza conhecimento para a acção Fundamenta a acção observada Fundamenta teoricamente a acção Analisa a sua conduta Faz auto-avaliação Justifica a acção realizada Tem consciência das implicações das suas acções Reconhece os limites da sua competência Pede a colaboração de profissionais Procura outras opiniões Procura de feedback relativo ao desempenho Tem consciência das limitações pessoais
Em relação aos clientes	Assume responsabilidade pelos cuidados a clientes Toma decisões Assume a não delegação de competências específicas Questiona competências delegadas

Responsabilidade profissional em relação a si próprio

A responsabilidade profissional indiciada nos discursos narrativos dos estudantes relativamente a si próprio e à sua conduta é expressa na mobilização de conhecimentos para a

acção realizada, na fundamentação da acção observada, na fundamentação teórica da acção realizada, análise da sua conduta, auto-avaliação, justificação da acção realizada, consciência das implicações das suas acções, reconhecimento dos limites da sua competência, pedido de colaboração de profissionais, procura outras opiniões e de feedback relativo ao desempenho, bem como pela consciência das limitações pessoais.

A mobilização de conhecimentos é narrada por alguns estudantes do seguinte modo:

“Nesta situação servi-me de estratégias para tentar tranquilizar a E. utilizando conhecimentos que me permitem adequar a postura, o tom do discurso, os gestos e o olhar à sua faixa etária.” [RG5].

“Entreí no quarto munida dos conhecimentos que adquiri ao longo destes anos” [RJ5].

Estes excertos ilustram a responsabilidade pessoal dos estudantes pelo uso do conhecimento apropriado na prestação de cuidados, o que constitui um elemento de responsabilidade pessoal na realização de cuidados teoricamente sustentados (Catalano, 1991). A capacidade de mobilização de conhecimentos em acção é um elemento do agir competente enquanto responsabilidade profissional de natureza pessoal, pois que esta mobilização tem conotação de intencionalidade consciente, referindo-se a operações do pensamento que podem viabilizar essa intencionalidade (Ramos, 2002), bem como a teorização a partir das acções da prática profissional promove a construção e desenvolvimento de capacidades (Lima, 2005).

Aspectos relativos à análise da conduta pessoal, a processos de auto-avaliação e justificação da acção realizada são também narrados, bem como discursos expressivos da consciência das implicações das acções implementadas e reconhecimento dos limites da sua competência.

A análise da conduta pessoal e os processos de auto-avaliação constituem processos cognitivos que permitem reconhecer os modos de como se agiu, conhecer as regras de funcionamento e os procedimentos inerentes a uma determinada acção, permitindo a regulação pessoal para produzir as intervenções pertinentes para um cuidado eficaz (Ramos, 2002; Kuiper, 2005). Este trabalho de auto-regulação constitui a formalização do saber, ou seja permite tornar explícito aquilo que até então era tácito, e habitualmente ocorrem fora da acção, adquirindo identidade e autonomia próprias (Ramos, 2002).

Quanto ao reconhecimento dos limites da sua competência, um estudante refere:

“Entretanto chega a enfermeira para realizar uma colheita de sangue para análises à Sra. V, como esta se encontrava muito emagrecida e por eu ainda ter pouca experiência a enfermeira achou melhor ser ela a realizar a colheita, e eu concordei. Afinal de contas, primeiro está o bem-estar do utente.” [RB4].

É reconhecido pelo estudante que para preservar o bem-estar do cliente era importante que a colheita de sangue fosse realizada pela enfermeira, o que aconteceu, dando assim mostras de um elevado sentido de responsabilidade ética, demonstrada pelo uso do princípio da beneficência orientado para a promoção do bem no acto de cuidar, que estabelece a obrigação moral de agir

em benefício do cliente (Martins, 2004) e que neste caso é evidente, pois o estudante poderia considerar prioritário a aquisição de competências procedurais, e nesse caso seria ele a fazer a colheita de sangue. Evidencia de certo modo, também a consciência das limitações pessoais, no sentido em que demonstra o não domínio da capacidade procedimental que permitiria a realização do procedimento com forte plausibilidade de sucesso, pelo que a atitude de humildade está também presente, enquanto reconhecimento das suas limitações e que pode ser ajudado.

No processo de aquisição e desenvolvimento da responsabilidade profissional, tratando-se principalmente de estudantes com estatuto de *iniciado* (Benner, 2001), o recurso à colaboração dos profissionais, bem como a procura de outras opiniões e a procura de feedback relativo ao desempenho pessoal constituem elementos de desenvolvimento de responsabilidade pessoal, pois coloca em confronto diferentes perspectivas de acção que permitem ao estudante elaborar ou reelaborar a sua própria conduta, estimulando a atitude de mudança, no sentido de estar pronto a aprender, recomeçar e aceitar novos desafios. Estes processos de regulação externa do desempenho são expressos pelos estudantes do seguinte modo:

“No início do turno conversei com uma enfermeira do serviço sobre o assunto, que me explicou a situação. Referiu-me que deveríamos incentivar a mãe a prestar todos os cuidados, apoiando no que sentisse mais dificuldade.” [RE5].

“A perspectiva que tenho relativamente ao feedback da equipa acerca do meu comportamento, e mais especificamente o das enfermeiras é que agi correctamente”. [RA1].

Trata-se, no primeiro excerto, da procura da opinião de uma profissional que, por um lado valide a intervenção do estudante e por outro que lhe forneça pistas para uma acção ajustada à natureza das necessidades da cliente. No segundo excerto, verificamos o reforço positivo obtido pelo estudante relativo ao seu desempenho pela procura do *feedback* das profissionais. Se o estudante, neste processo de procura de outras opiniões/*feedback*, se defronta com teses contraditórias e conflitos – perturbações, erros, enganos, confusões – gera-se uma situação de desequilíbrio que leva o estudante a tentar superá-lo reorganizando o seu pensamento num nível mais elevado do que o previamente atingido, apanágio da teoria da equilibração de Piaget (Ramos, 2002). Deste modo, o domínio das acções fundamenta-se tanto numa lógica de acção quanto numa lógica de pensamento, cujas operações ficam circunscritas ao contexto da significações relativas ao domínio da acção considerada. O facto de haver uma lógica da acção anterior à lógica do pensamento no seu aspecto estrutural relaciona-se com a noção de procedimento no campo das ciências cognitivas e dos trabalhos relativos à resolução de problemas, típicos de uma inteligência prática (Ramos, 2002; Lima, 2005). Este processo de reconhecimento dos limites do seu papel e da sua competência, bem como a consulta de profissionais, quando os cuidados requerem um nível de perícia que está para além da sua competência constituem componentes de responsabilidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

Os discursos narrativos dos estudantes explicitam também processos cognitivos de fundamentação da acção observada, como podemos verificar na transcrição que se segue:

“Já na box, a bebé foi limpa com panos quentes, sob uma fonte de calor, e pesada (3420g), realizando-se uma observação da morfologia externa, de forma a identificar malformações, e do cordão umbilical (já clampado), constituído por duas artérias e uma veia. Nesta fase esteve também presente o pediatra que realizou o exame físico. Observou-se ainda a permeabilidade do ânus.” [RD3].

A fundamentação da acção, seja da observada, seja da acção realizada, constitui um modo de mobilização e apropriação de conhecimento útil, porque é inscrito na acção. Facilita a adequação teoria-prática, contribuindo para a diminuição do tão falado “fosso teoria-prática” (Por ex: Bevis e Watson, 1989; Andreoli e Tarnow, 1990; Amendoeira, 1996; Cheater e Hale, 2001), embora seja necessário a distanciação da actividade e dedicar-lhe tempo para que o processo regulado de formalização do conhecimento investido na acção por meio da cognição seja um processo de aprendizagem efectivo (Ramos, 2002).

Responsabilidade profissional em relação aos clientes

A responsabilidade profissional em relação aos clientes expressa nos discursos narrativos dos estudantes inclui o assumir da responsabilidade pelos cuidados ao cliente, a tomada de decisões, assim como a assumpção da não delegação de competências específicas e o questionamento de competências delegadas.

Assumir a responsabilidade pelos cuidados ao cliente, embora com supervisão, ficando designado para o cuidado integral a um cliente constitui um elemento do processo de ensino-aprendizagem que visa promover no estudante a visão holística dos cuidados, a singularidade de cada cliente e a progressão da sua autonomia na prestação de cuidados. Nas suas narrativas os estudantes dão conta deste processo, quando referem:

“Nessa semana fiquei responsável por uma doente que tinha aproximadamente a minha idade, a J.” [RI3].

Denota-se, efectivamente o sentido de responsabilidade adstrito aos cuidados a um cliente que é narrado de modo natural, pois faz parte dos pressupostos educacionais em ensino clínico. Nesta responsabilidade está presente o processo de tomada de decisões, que se pretende seja progressivamente mais complexa e elaborada. As transcrições que a seguir apresentamos demonstram processos de tomada de decisão aparentemente muito simples, mas que ilustram, porque são narrados, a sua importância no processo de aquisição e desenvolvimento da responsabilidade profissional.

“Ao vê-lo senti que havia angústia no seu olhar, e resolvi aproximar-me e conversar um pouco com ele” [RA3].

“Decidi chamar a enfermeira que veio rapidamente em meu auxílio.” [RB4].

A tomada de decisão expressa por estes estudantes, resultando do juízo clínico centrado nas respostas do cliente, evidencia a importância da aquisição e desenvolvimento desta competência, que no âmbito da enfermagem é fulcral para o desenvolvimento da disciplina e profissão que se pretende clara quanto ao seu contributo específico e emancipada no vasto leque de profissões ligadas à saúde. É entendido hoje que as competências essenciais para o trabalho em geral, e para a enfermagem em particular, passam pela gestão, tomada de decisão e a solução de problemas. O desenvolvimento destas competências passam pela capacidade de autogestão do formando numa realidade em que as certezas são cada vez mais reduzidas e funda-se num saber consolidado e sobre a capacidade para compreender, agir e decidir (Meghnagi, 1998).

Na prática de cuidados de enfermagem existem vários cuidados que são delegados noutros profissionais e que está previsto no conteúdo de competências definidas para o enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Neste quadro, alguns estudantes explicitam a não delegação de determinadas competências que consideram serem da esfera de responsabilidade exclusiva do profissional de enfermagem, como também questionam práticas de delegação institucionalmente definidas, e com as quais não concordam. Desta componente de responsabilidade profissional dois estudantes narram-na do seguinte modo:

“Na minha opinião o enfermeiro de saúde materna tem um papel fundamental, se não primordial no esclarecimento de dúvidas, e na comunicação de informação à puérpera e é um papel que não pode delegar.” [RB3].

“Mas afinal, aquela não seria uma competência (avaliação de glicemia capilar) mais minha do que dela (auxiliar de centro de idosos)?” [RJ2].

Torna-se claro a valorização do papel do enfermeiro em determinado tipo de actividades, como as questões ligadas à comunicação pedagógica, pelo estudante no primeiro excerto, em que é assumida a responsabilidade pelo seu cumprimento, e no segundo, o questionamento que o estudante se coloca quanto à delegação de competências, que lhe parece ser mais da sua esfera de responsabilidade executiva do que da esfera de auxiliares. Importa, neste caso, referir que tratando-se de uma instituição de acolhimento de idosos a delegação da competência referida pelo estudante enquadra-se no conceito de capacitação do cliente/familiar/pessoa de referência. Tratando-se de um lar de idosos, concerteza que as pessoas de referência para estes serão as auxiliares que são capacitadas para a realização de alguns procedimentos, que seriam realizados pelo próprio cliente se para isso tivesse conhecimento, força ou vontade (Henderson, 1971) ou pelo familiar/pessoa de referência se o idoso permanecesse no seu domicílio.

5.2. PRÁTICA SEGUNDO A ÉTICA

A prática segundo a ética constitui um dos domínios de competência profissional definida pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

A ética inclui um sistema de crenças e valores comportamentais que governam uma conduta adequada para assegurar a protecção dos direitos do indivíduo (Catalano, 1991). Neste sentido, a ética tem a ver com a interioridade do sujeito que age e com o fundamento do agir. Pode dizer-se que é a teoria que descreve os princípios que orientam a acção humana (Barcelos, 2004). Deste modo, a ética em enfermagem pode considerar-se como a função de “*guiar a actividade do enfermeiro a favor do bem presumido do Outro*” (Nunes (2004: 38). Considerando os princípios éticos e o enquadramento no Código deontológico da profissão, a autora enuncia um conjunto de valores em relação à Pessoa assistida, bem como em relação ao enfermeiro, à profissão e aos pares e em relação às outras profissões. Os valores em relação à pessoa assistida incluem a “Dignidade humana”, o “Respeito pelos Direitos humanos”, a “Cidadania” e a “Excelência no Cuidar”.

Nos discursos narrativos dos estudantes foram identificadas expressões aduzidas a preocupações de natureza ética na prática de cuidados. Estas preocupações expressam-se nos componentes respeito do cliente como pessoa, respeito pelos direitos do cliente e respeito pelos princípios éticos (quadro 57). Estes componentes são expressivos dos valores enunciados por Nunes (2004) em relação à pessoa assistida, que como veremos são relatados pelos estudantes nas suas narrativas reflexivas.

Quadro 57: Prática segundo a ética

PRÁTICA SEGUNDO A ÉTICA	
Respeito pelo cliente como pessoa	Apresentação pessoal ao cliente Respeito pelas capacidades do cliente Respeito pela individualidade do cliente Respeito pelos silêncios do cliente Abstenção de juízos de valor Actuação centrada na individualidade do cliente Em situações idênticas não irá fazer os mesmos juízos de valor
Respeito pelos direitos do cliente	Garantia de confidencialidade Respeito pela privacidade Obtenção de permissão para realizar cuidados Respeito pela intimidade do cliente
Respeito pelos princípios éticos	Princípio da beneficência Questionamento em torno da realização de procedimentos invasivos em fase final de vida

Respeito pelo cliente como pessoa

O respeito pelo cliente como pessoa é expresso pelos estudantes nas descrições que realizam do seu pensar e agir perante os clientes nas situações de cuidados narradas. Os estudantes evidenciam o respeito pelo cliente como pessoa quando expressam os seus comportamentos de *apresentação pessoal ao cliente*, o *respeito pelas capacidades e individualidade do cliente*, o *respeito pelos seus silêncios*, bem como a preocupação em não fazer *juízos de valor* relativos ao cliente ou a expressão de uma *actuação centrada na individualidade do cliente*, bem como a afirmação de um estudante de que *em situações idênticas não irá fazer os mesmos juízos de*

valor. Estes aspectos podem ser considerados enquanto ética relacional (Pauly e James, 2005), no sentido em que a ética relacional se apoia na assunção de que a prática ética ocorre nas relações e estas constituem uma fonte para o conhecimento moral. A relação ética inclui o respeito mútuo, o envolvimento, o conhecimento incorporado e a atenção ao ambiente (Pauly e James, 2005) e neste sentido os discursos narrativos de apresentação pessoal ao cliente, o respeito pelos seus silêncios, a atenção pela sua individualidade, bem como a preocupação em não emitir ou repetir juízos de valor expressam elementos de uma ética relacional que se configura na relação estabelecida entre enfermeiro e cliente. O respeito pelos silêncios do cliente, manifestado por alguns estudantes, denota a subtilidade, delicadeza, perspicácia e habilidade em aperceber-se do que é imperceptível. Este aspecto é considerado uma das características essenciais ao profissionalismo, dada a complexidade das situações encontradas e as exigências impostas pelo encontro com o Outro (Hesbeen, 2001).

Por exemplo, a actuação centrada na individualidade do cliente, entendida como elemento de ética relacional, pois é uma forma de expressão de respeito, é narrada por um estudante do seguinte modo:

“Todo o cuidar em enfermagem exige uma relação, implica comunicação. Foi isso que tentei fazer, compreender as necessidades e medos da senhora J., ao invés de cair no erro de me limitar a ensinos e a fazer perguntas preconizadas pelos protocolos estabelecidos. Ir ao encontro do seu verdadeiro problema. E creio que dentro das minhas possibilidades e limitações, fui bem sucedida, pelo menos foi isso que senti pela parte da senhora, e isso é o mais importante. Consegui ajudá-la.” [RH4].

Trata-se, efectivamente de uma ética relacional que se expressa na intervenção eticamente informada por valores de “excelência no cuidar” de que nos fala Nunes (2004), pois o estudante desvenda a sua preocupação em ir ao encontro das reais necessidades do cliente, de forma singular e humanizada. “*Não haveria excelência sem confiança*”, refere a autora (*ibidem*, p. 42), e esta é revelada pela acção do estudante em “ir ao encontro” do verdadeiro problema do cliente, crendo ter sido bem sucedido na sua intenção de ajuda, que deixa antever o estabelecimento de uma relação de confiança entre estudante e cliente. Está presente uma ética relacional que dá novas perspectivas aos cuidados de saúde.

Respeito pelos direitos do cliente

O respeito pelos direitos do cliente tem expressão nos discursos narrativos dos estudantes pela manifestação de garantia de confidencialidade, respeito pela privacidade, obtenção de permissão para realizar cuidados e respeito pela intimidade do cliente.

A garantia de confidencialidade e privacidade do cliente relaciona-se com a preservação da vida íntima de cada pessoa, que deve ser objecto de reserva e guardada em confiança, pela atenção à privacidade de cada doente e a garantia do segredo profissional (Ourives, 2004).

O respeito por estes direitos é expresso de seguinte modo:

“Pedi-me uma vez mais (porque já me havia pedido no encontro anterior) que não revelasse nada do que fosse dito por ela nos nossos encontros. Eu afirmei convictamente que nada seria revelado e que a confidencialidade é um princípio da ética de enfermagem bem como um princípio pessoal que não seria capaz de desprezar.” [RG4].

“Quanto à privacidade, esta situação fez-me reflectir bastante, não só em respeito a este caso concreto, mas também quanto à minha futura vida profissional, considero que devemos ter em mente que o utente, antes de ser utente é um Ser Humano e como tal tem o direito ao respeito da sua dignidade e privacidade” [RH2].

É explícito na primeira transcrição que há congruência de valores entre o cliente e o estudante, pelo que o respeito pela dignidade humana constitui factor de aproximação e confiança na relação entre cliente e estudante. Já a privacidade, remetendo para o conceito de “guardar”, “reservar”, identifica-se com a capacidade de cada pessoa poder exercer controlo sobre o acesso a si, nos aspectos de acessibilidade física e psíquica, bem como quanto à reserva sobre informações a seu respeito e cuja decisão só pode ser objecto de decisão autónoma (Ourives, 2004). O estudante, não explicitando o teor específico relativo à privacidade na situação, manifesta o seu pensamento de preocupação, no sentido de reflectir sobre essa questão, pois considera o “utente (...) com direito à sua dignidade e privacidade”. A expressão do estudante de que a situação o fez reflectir faz crer que a percepção de que cuidar a pessoa é tocar o corpo, tocando também a intimidade e por isso ultrapassando as obrigações tradicionais de reserva de informações referentes à pessoa, mas que se inscreve no âmbito de um dever de respeito pela dignidade humana em contexto de cuidados de saúde, terá sido presente ao estudante.

A experiência de intimidade necessita da reciprocidade do outro, necessita de encontros que possibilitem a vivência da intersubjectividade (encontro de identidades) e não de encontros que transformem os intervenientes em objectos mútuos (Ourives, 2004).

Respeito pelos princípios éticos

O respeito pelos princípios éticos enquadra-se na ética dos princípios, cujos maiores princípios são a *autonomia*, a *beneficência*, a *não maleficência* e a *justiça* (Merenstein e Gardner, 1998), estando cada um dos princípios inter-relacionados entre si.

Alguns estudantes evidenciam como princípios de natureza ética que norteiam as suas tomadas de decisão e os seus cuidados, nomeadamente o princípio da beneficência e o questionamento em torno da realização de procedimentos invasivos em fase final de vida.

O princípio da beneficência refere-se à obrigação de fazer o bem e não provocar danos, pelo que os problemas ocorrem quando se tenta decidir o que é melhor para o cliente, sabendo-se que a provocação de um mal temporário ao cliente pode provocar um grande bem durante o curso do tratamento, mas também na determinação de quem deve tomar a decisão (Catalano, 1991). Os estudantes que revelam esta preocupação fazem-na no sentido de uma prática de bem-fazer, e não quanto ao processo decisório, como já apresentado noutra capítulo (formas de agir profissional).

No entanto, o questionamento expresso por um estudante em torno da realização de procedimentos invasivos em fase final de vida constitui a expressão de uma preocupação de natureza ética relativa ao “direito de morrer com dignidade” (Catalano, 1991: 30) e que envolve aspectos relativos à realização de exames complementares de diagnóstico/processos de vigilância e tratamento invasivos, e por isso agressivos, em situações em que a previsão de morte eminente está definida. Detenhamo-nos na narrativa do estudante:

“Na fugacidade promíscua do tempo, deparei-me a realizar colheita de sangue em veias danificadas, rodeadas de equimoses e hematomas que impediam a sua visualização, a colocar uma sonda vesical num meato completamente necrosado...num senhor que apenas os sons e movimentos respiratórios me sussurravam a certeza de que aquele ser estaria vivo! Á medida que os movimentos das minhas mãos se coordenavam de forma a realizar os procedimentos, assisto a uma quebra de todos os limites do meu pensamento! Presenciava a revolta tempestuosa do meu pensamento que ousava berrar dentro de mim: “Para quê isto? Para quê submeter aquele senhor a tal sofrimento, enquanto caminha para a morte?”. Senti em mim a sensação de estar a violar a dignidade daquele senhor, a quebrar um direito seu! Todas estas ideias percorriam incansavelmente o meu pensamento de tal forma que se tornavam ensurdecedoras, ecoando de forma cada vez mais tempestuosa, deixando-me desolada...Em mim persistia a vontade de parar com todos aqueles procedimentos, que nada mais faziam a não ser aumentar o sofrimento daquele senhor...mas não podia...!!! Olhava a enfermeira que estava comigo e apenas repetida vezes sem fim: “Mas para quê isto?”! Talvez na tentativa de procurar um conjunto de palavras que desse resposta àquela minha angústia! Queria encontrar nas palavras ditas pela enfermeira uma razão para que cada procedimento realizado naquele sentido ganhasse um significado, um sentido...Nada me disse através de palavras, não sei porquê mas talvez não conseguisse encontrar palavras para o fazer...” [RJ5].

Está patente a consciência de violação do direito à dignificação da morte que conjuga todas as intervenções no sentido de que esta seja um processo sereno, sem dor e sem procedimentos invasivos. Não se tratariam de medidas de prolongamento da vida (pelo expresso na narrativa), antes de medidas de vigilância cujo sentido e eficácia naquelas circunstâncias mereceriam a análise prévia à sua execução.

5.3. PRÁTICA LEGAL

A prática legal inclui um conjunto de regras, orientações e regulamentações que governam a acção e protegem a saúde, segurança e bem-estar das pessoas. Em enfermagem, os aspectos legais referem-se à licença, qualificação e certificação para a sua prática, incluindo a responsabilidade legal pelas acções realizadas. Esta responsabilidade impõe que a prática seja de acordo com a legislação aplicável, de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que não colidam com o código deontológico dos enfermeiros (OE, 2003).

Os elementos relativos ao exercício impróprio da prática de enfermagem e punido por lei inclui danos provocados por má prática, ameaça à integridade física, forçar o cliente, bem como a invasão da sua privacidade ou falsos juízos (Catalano. 1991).

Nos discursos narrativos consideramos exemplos de actuação segundo regras de natureza legal o respeito pela vontade expressa do cliente, bem como o sigilo profissional.

Respeito pela vontade do cliente

O respeito pela vontade do cliente tem implícito o princípio da autonomia, baseado na autodeterminação do cliente relativa ao seu consentimento para a realização de cuidados, bem como à sua participação activa na realização dos mesmos. Este aspecto é particularmente relevante quando se trata da hospitalização de crianças ou em maternidades, situações nas quais o incentivo dos pais à participação esclarecida nos cuidados constitui uma prática desejável. No entanto, se os pais ou substitutos não se considerarem aptos ou manifestarem o seu desejo de não participação, estes não podem ser forçados ou coagidos a tais realizações. É neste âmbito que é entendido o respeito pela vontade do cliente, tal como nos refere um estudante.

“Eu ainda lhe perguntei se não queria mesmo dar o banho, e disse hoje é a senhora a dar o banho, está bem? Ela respondeu que era melhor não, “eu dou depois em casa”. Perante aquela resposta persistente eu dei o banho ao recém-nascido mas sempre com a preocupação de ir explicando e exemplificando cada passo.” [RB3].

Está claro neste excerto que o estudante procurou cumprir com as regras de uma boa prática ao solicitar a mãe para suprir as necessidades de higiene do seu bebé, assegurando deste modo a capacitação da mãe para uma adequada continuidade de cuidados ao seu filho após a alta, no entanto respeitou a sua recusa “mas sempre com a preocupação de ir explicando e exemplificando cada passo”, o que denota uma tomada de decisão ética e legalmente informada e caracterizadora de uma boa prática de cuidados.

Respeito pelo sigilo profissional

O sigilo profissional constitui um elemento legalmente enquadrado, no sentido de garantir a confidencialidade dos aspectos relativos ao cliente, bem como o seu anonimato, também nas narrativas. Os estudantes, no sentido de preservar o anonimato dos clientes nas suas narrativas usam nomes fictícios ou apenas iniciais, como expressa o excerto que se segue:

“A V., inicial do nome pela qual me vou referir à criança de forma a preservar a sua identidade e respeitar o sigilo profissional” [RJ1].

5.4. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados constitui um dos domínios de competência profissional do enfermeiro de cuidados gerais, associado ao elemento gestão de cuidados, definido pela Ordem dos Enfermeiros (2003).

Na análise interpretativa dos discursos narrativos dos estudantes não foram desvelados aspectos relativos à gestão de cuidados, dado o estatuto de aprendente do estudante que decide e realiza os cuidados sob a supervisão de enfermeiros experientes.

A prestação de cuidados por nós apreciada, enquanto área de competência, inclui aspectos relativos a comportamentos de aprendizagem dos estudantes, tais como a observação, a colaboração e o apoio e supervisão nos cuidados, a realização de cuidados e a sua avaliação (quadro 58).

Quadro 58: Prestação de cuidados

PRESTAÇÃO DE CUIDADOS		
Observação dos cuidados	Realizados por enfermeiras Observação de consulta médica	
Colaboração nos cuidados	Colaboração com os colegas Prestar cuidados em colaboração com o enfermeiro	
Apoio e supervisão	Apoio das enfermeiras Mais tranquilidade com a presença de profissional na realização de cuidados Cuidados de higiene, com a ajuda de colega Prestação de cuidados sob supervisão Acompanhamento do enfermeiro nos cuidados	
Realização de cuidados	Colheita de dados	
	Análise e interpretação	Juízo diagnóstico Análise diagnóstica
	Execução de Cuidados	Na função de ajuda Na função educativa Na função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização Na função de gestão terapêutica Outras formas de execução
Avaliação dos cuidados		

Observação, colaboração e apoio e supervisão nos cuidados

Consideramos a observação de cuidados realizados por enfermeiras ou outros profissionais como um elemento de aquisição e desenvolvimento de competência profissional dos estudantes, ancorado na manutenção de um ambiente seguro e segurança técnica para o cliente e familiares. O processo de aquisição de competências dos estudantes de enfermagem na prestação de cuidados em ensino clínico passa naturalmente por períodos variáveis de observação dos cuidados praticados pelos profissionais, não no sentido de uma aprendizagem por imitação, mas no sentido da sua familiarização nos modos de fazer que devem ser sustentados pelo saber o quê, como, porquê e para quê são realizados tais cuidados e ainda consciencializar-se gradualmente dos papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho (Fernandes, 2007). O conhecimento surge do contacto com situações experienciais que pela procura de sentido e significação contribui para a aquisição e desenvolvimento de competência pelo saber como fazer, processo este construído pelo estudante na sua interacção com a situação e o contexto na qual ocorre. Deste modo, observar cuidados, observar “modelos” resulta numa ideia do comportamento pretendido e posteriormente um “código de conduta” que vai servir ao estudante orientar a sua acção atribuindo-lhes sentido e significado, pelo que a observação é um elemento estruturante na construção da competência profissional.

Já a colaboração nos cuidados referida por vários estudantes permite-lhes a apropriação singular do modo de fazer, com a segurança e confiança em alguém que os acompanha neste processo. Assim a colaboração com os colegas ou a colaboração com os enfermeiros adquirem o valor de sinergia (co)partilhada, uma verdadeira complementaridade no complexo processo de construção de um saber que se pretende competente porque informador e formador da acção cuidativa. Também o apoio e supervisão adquirem contornos singulares nos modos de desenvolvimento de competência profissional dos estudantes. O acompanhamento dos jovens aprendentes na realização de actividades experienciais discutindo-se com eles os aspectos específicos dessas actividades, confrontando os seus saberes teóricos com o que está presente na prática, no sentido de se perceber qual é o impacto e adequação que têm com a experiência, são dimensões a privilegiar no processo de apoio e supervisão, pois permite a reconstrução da organização da experiência considerando as variáveis presentes na execução do cuidado (Fernandes, 2007). Por outro lado, o *apoio das enfermeiras*, a *prestação de cuidados sob supervisão* e o *acompanhamento do enfermeiro nos cuidados* ou *mesmo a ajuda de um colega* possibilitam uma aprendizagem experiencial menos stressante e mais segura e confiante, pois a presença mediadora de um enfermeiro ou colega é mais tranquilizante para os estudantes, na medida em que permite diminuir as margens de incerteza presente nos cuidados praticados em situação de iniciado.

Este processo de aprendizagem mediada pelo apoio e supervisão dos enfermeiros é descrito por dois estudantes do seguinte modo:

“No decorrer do procedimento, a Enfermeira (...) ia-me ajudando a reconhecer as estruturas em que suavemente tocava (...)” [RH2].

“Durante este dia acompanhei e prestei de cuidados de enfermagem à doente com a supervisão da enfermeira” [RC4].

Verifica-se na primeira fala o reconhecimento de ajuda que o estudante atribui à presença e explicação que a enfermeira vai fazendo à medida que o procedimento decorre. Trata-se de uma verdadeira *poiesis*, no sentido em que está presente a garantia da eficácia técnica na realização do procedimento, mas também de uma *praxis* pois que está presente a construção da autonomia do estudante na prática de bem-fazer (Tavares, 1992; Sá-Chaves, 2002).

Realização de cuidados

A realização de cuidados foi também identificada enquanto área de aquisição e desenvolvimento de competência dos estudantes, nomeadamente pela explicitação da realização de acções como: *colheita de dados*, *análise e interpretação* e *execução* de cuidados, actividades estas que fazem parte integrante do processo de cuidados de enfermagem, bem como a avaliação que constitui a sua última etapa.

Colheita de dados

A colheita de dados é a primeira fase do processo de cuidados de enfermagem e para a sua consecução concorrem com igual grau de importância a observação directa e indirecta e a comunicação com o cliente (Doenges e Moorhouse, 1994). É pela colheita de dados que se pode fazer a avaliação inicial do cliente que por sua vez permite a formulação diagnóstica ou identificação de problemas que informam a tomada de decisão para a planificação dos cuidados. Este é um processo complexo, em muitas circunstâncias ainda no domínio de uma teoria dita do discurso, mais do que uma teoria em uso, pois em várias unidades de prestação de cuidados tal metodologia não está implementada. No entanto, a utilização metódica e sistemática do processo de cuidados de enfermagem faz parte das competências do enfermeiro de cuidados gerais e a escola enquanto garante na aquisição destas competências define nos objectivos de aprendizagem a aquisição desta competência, independentemente das características dos locais de ensino clínico aos quais os estudantes são alocados. É reconhecido que este aspecto constitui um factor que dificulta a aprendizagem dos estudantes e pode agudizar o designado *fosso* entre a teoria e a prática (Woolley e Costello, 1988; White e Ewan, 1997).

Um estudante expressa a sua intenção de ajuizar acerca da situação psicológica do cliente através de uma colheita de dados mais minuciosa.

“Após o término da passagem de turno dirigi-me ao seu quarto, como já referi, e fui-me apresentar, e de forma mais minuciosa, tentar aperceber-me qual o estado psicológico de Y naquele momento, e quais as suas causas.” [RA5].

Análise e interpretação dos dados

A *análise e interpretação* dos dados colhidos permite a formulação diagnóstica, que alguns autores não diferenciam enquanto etapa do processo de cuidados, mas que nós consideramos separá-la, no sentido de ilustrar o processo de raciocínio desenvolvido pelos estudantes até à formulação do juízo clínico.

O processo de análise diagnóstica é-nos apresentado por um estudante, que refere:

“Apresenta humor deprimido, sendo o teor do seu discurso, apesar de coerente, demonstrativo do seu pessimismo face à vida, do seu desinteresse pela realização de actividades de lazer, da inexistência de perspectivas de vida. Como tive oportunidade de observar, a D.C não estabelece uma interacção significativa com os outros utentes do lar, refugiando-se na afirmação de uma atitude de total descrença nas suas capacidades e potencialidades, argumento com que justifica muitas vezes a sua ausência ou distância em relação ao mundo que a rodeia.” [RG4].

Está presente o modo como o estudante lida e raciocina com os dados de observação para poder chegar a uma formulação diagnóstica adequada à situação do cliente.

O juízo diagnóstico expressa-se na afirmação de um problema do cliente no modo como está a responder à sua situação de saúde ou de vida.

“Quando estava avaliar os valores da glicemia capilar à doente V, constatei que esta se encontrava muito triste, desanimada e ansiosa. [RD2].

“Apercebi-me que apresentava o seu abdómen timpanizado e talvez a formação de globo vesical, confirmado posteriormente pela enfermeira.” [RF1].

Nos dois excertos está presente a representação da competência de ajuizar, que seria difícil perceber na observação de desempenho, a não ser que este raciocínio fosse explicitado oralmente, ou então a partir da documentação desse mesmo juízo.

Execução de Cuidados

A *execução* de cuidados refere-se à implementação dos cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados, respeitando os limites de uma relação profissional com o cliente, inclui a sua documentação, bem a resposta eficaz em situações inesperadas e/ou em situações de urgência (OE, 2003). A Ordem dos Enfermeiros portugueses não explicita o conteúdo operacional da execução de cuidados, embora tenha a formulação conceptual dos mesmos, a área de autonomia profissional a essa execução relacionada e os enunciados descritivos que pretendem explicitar a natureza e os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Os enunciados descritivos definem seis categorias relativos à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao auto-cuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem. São enunciados vocacionados para a expressão de cuidados de enfermagem ligados à intervenção de profissionais e embora servindo de suporte para o enquadramento e desenvolvimento curricular na educação em enfermagem, não nos pareceram os mais ajustados, numa perspectiva de identificação de aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes pelas suas expressões narrativas. Deste modo, consideramos os domínios de cuidados de enfermagem definidos por Benner (2001), que ultrapassando o efeito redutor de uma abordagem centrada nas tarefas, procuram ser representativos de uma competência em particular e decorrem da análise interpretativa de narrativas de profissionais de enfermagem, metodologia semelhante àquela que utilizamos. Os domínios de cuidados de enfermagem propostos por Benner (2001) incluem *“a função de ajuda, a função de educação, de guia, a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente, a tomada a cargo eficaz de situações de evolução rápida, a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos, assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde e as competências em matéria de organização e repartição de tarefas”* (ibidem, p. 72). Tomando por referência estes domínios, consideramos na caracterização de aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes na componente “Execução de cuidados”, a execução de cuidados na função de ajuda, na função educativa, na função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização, na função de gestão terapêutica e também outras formas de execução (quadro 59) que se referem a aspectos particulares de execução na prática cuidativa expressa narrativamente pelos estudantes participantes.

Quadro 59: Realização de cuidados na componente execução

REALIZAÇÃO DE CUIDADOS: EXECUÇÃO	
Na função de ajuda	Comunicação terapêutica Apoio e incentivo do cliente Comunicação durante a prestação de cuidados Elogio pessoal ao cliente Escuta do cliente Escuta passiva Pegar na mão Dar a mão Comunicação não verbal Estímulo ao cliente na participação dos cuidados Resposta às questões do cliente Adequação da linguagem à compreensão do cliente Dar algum apoio psicológico Cuidados de conforto Execução de massagem de relaxamento Massagem de conforto Escuta passiva Estímulo ao cliente na participação dos cuidados Adequação da linguagem à compreensão do cliente Resposta às questões do cliente Comunicação não verbal Tranquilização do cliente Proximidade com o cliente Cuidado atraumático Cuidados com a apresentação pessoal do cliente Cuidados de higiene e conforto Posicionamento do cliente Apoio na deambulação Negociação dos cuidados com o cliente Cuidar de doente em fase terminal Tentativa de conforto Tentar o estabelecimento de relação de confiança com o cliente Tentativa de acalmar o cliente Tentativa de diálogo com o cliente
Na função educativa	Comunicação pedagógica Ensino oportuno Ensino programado Explicação dos procedimentos ao cliente Explicação dos procedimentos conforme protocolo
Na função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização	Avaliação de parâmetros vitais Avaliação de glicemia capilar
Na função de gestão terapêutica	Preparação e administração de terapêutica Actuação de acordo com padrões do contexto Oportunidade de fazer pensos
Outras formas de execução	Oportunidade de fazer vários procedimentos de enfermagem Fazer triagem, na urgência

a) Cuidados na função de ajuda

A função de ajuda “*vai além das definições daquilo que é terapêutico*” (Benner, 2001: 76).

A ajuda aqui expressa, enquanto aquisição de competência, trata, por vezes, de simplesmente ter a coragem de ficar com o cliente e/ou de oferecer conforto, no sentido de criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que favoreça a cura, a recuperação ou simplesmente o bem-estar do cliente, de acordo com os relatos dos estudantes.

Benner (2001) subdivide a função de ajuda em onze competências, que resultaram da análise das observações e entrevistas. Essas competências incluem: i) “*A relação de cura: criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que permita a cura; ii) Tomar medidas para assegurar o conforto do doente e preservar a sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza; iii) A presença: estar com o doente; iv) Optimizar a participação do doente para que este controle a sua própria cura; v) Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para as controlar e gerir; vi) Reconfortar e comunicar pelo toque; vii) Trazer um apoio efectivo e informar as famílias dos doentes; viii) Guiar os doentes aquando das mudanças que acontecem nos planos emocional e físico – propor novas escolhas, eliminar as antigas: guiar, educar, servir de intermediário; ix) Agir como mediador psicológico e cultural; x) Utilizar objectivos com um fim terapêutico; e xi) Estabelecer e manter um ambiente terapêutico*” (p.

76-77). Os elementos de competência na função de ajuda identificados por Benner (2001) têm expressão correspondente nos componentes da função de ajuda por nós identificados, em quase todas as competências, como se pode observar no quadro 59.

Dado tratar-se de uma listagem extensa de intervenções orientadas para a função de ajuda ao cliente, abstermo-nos de as apresentar e comentar na sua totalidade, por um lado porque se tornaria exaustivo e de algum modo repetitivo em relação a componentes já apresentadas e discutidas noutras unidades temáticas. O facto de se repetirem algumas unidades de significação às quais foram atribuídos sentidos e significações diferentes prende-se com o facto de os mesmos discursos adquirirem uma interpretação diferente em função da focagem com que estão a ser lidos esse mesmos discursos.

Podemos, no entanto, assinalar que a função de ajuda identificada na execução de cuidados privilegia o conforto e bem-estar do cliente por processos de comunicação oral (*comunicação terapêutica, comunicação durante a prestação de cuidados, resposta às questões do cliente, adequação da linguagem à compreensão do cliente* ou *dar algum apoio psicológico*), por processos de comunicação não verbal como: *pegar na mão, dar a mão, escuta do cliente*, activa ou passiva. Estão também presentes intervenções orientadas para o conforto na realização de procedimentos específicos, tais como: *massagem de relaxamento, massagem de conforto, cuidados de higiene e conforto*, bem como na sua forma tentada, nomeadamente a *tentativa de conforto, tentar o estabelecimento de relação de confiança com o cliente e tentativa de acalmar o cliente* e que podemos observar na transcrição seguinte.

“Tentei acalmá-la e disse-lhe que o pior já tinha passado, pois já tinha sido operada e que agora só faltava a recuperação.” [R13].

Trata-se efectivamente de uma tentativa do estudante em acalmar o cliente, embora os argumentos apresentados, denotem o recurso a conhecimentos de senso comum, mas que em relação a alguns clientes pode surtir o efeito desejado.

A tranquilização do cliente é também um elemento da função de ajuda, no sentido de estabelecer e manter um ambiente terapêutico adequado à minimização da angústia ou ansiedade do cliente por ele experimentadas em muitas situações de doença e hospitalização, bem como a preocupação na realização do *cuidado atraumático*. A expressão deste tipo de cuidado pode ser observado na transcrição que se segue.

“Os seus braços e pernas eram finos e aparentemente frágeis, quando lhes tocava do fundo da minha luva sentia a sua pele enrugada e cheia de feridas. Passava com muito cuidado para não a magoar, a verdade é que estava aterrorizada pois parecia que a cada toque meu aquela pele iria abrir e eu iria ferir a senhora. (...) Tentei que ela se sentisse bem enquanto a cuidávamos.” [RB4].

É evidente a preocupação do estudante em evitar qualquer dano ou sofrimento decorrente do cuidado que pratica, tentando que a cliente “se sentisse” bem enquanto era cuidada.

A função de ajuda está presente na promoção do auto-cuidado e independência do cliente no seu processo de saúde ou doença. Esta função é explícita pelas intervenções de *apoio e incentivo do cliente*, de *estímulo ao cliente na participação dos cuidados*, na *negociação dos cuidados com o cliente*. Esta competência implica ser capaz de sentir num cliente a força, a energia, o desejo e a capacidade de melhorar e canalizar essas forças para que o cliente possa controlar e melhorar ele próprio a sua condição (Benner, 2001).

Também o *elogio pessoal ao cliente*, os *cuidados com a apresentação pessoal do cliente* e a proximidade com o mesmo concorrem para a criação e manutenção do bem-estar do cliente, pela valorização da aparência do cliente e muitas vezes, como refere Benner (2001), pelo valor da presença do enfermeiro junto do cliente. Também os estudantes têm a noção do valor da sua proximidade com o cliente, como é relatado por alguns deles:

“Optei por puxar uma cadeira e sentar-me um pouco ao lado da D. Sara. De forma calma procurei conversar com a mãe, incentivando-a (...)” [RE5].

“Posteriormente a isto tentei dar o máximo de apoio à doente, através de palavras de conforto, aproximando-me dela, colocando a minha mão em cima da sua e esboçando um sorriso, com intenção de demonstrar atenção, compreensão e carinho.” [RF2].

“Tentei sempre manter um contacto próximo com a D.C porque penso que desta forma é para si mais fácil expressar os seus sentimentos e sentir-se confortável para partilhar experiências.” [RG4].

Estes excertos não deixam dúvidas quanto ao valor atribuído pelos estudantes à sua proximidade com o cliente, nas mais diversas situações, e dão mostras da sua exercitação para o desenvolvimento eficaz dessa competência.

O *cuidar de doente em fase terminal* é referido por alguns estudantes cuja expressão de aquisição e desenvolvimento de competências se situa também na função de ajuda, pelo seu papel de substituição na satisfação das suas necessidades, dado a situação de dependência em que estes clientes se encontram.

b) Cuidados na função educativa

A função educativa na execução dos cuidados de enfermagem é considerada uma competência de elevada exigência pessoal, pois envolve a comunicação e a transmissão da informação a clientes, por vezes, em situações extremas. *“Assim são obrigadas a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor”* (Benner, 2001:103) na abordagem ao cliente para que essa competência seja efectiva e eficaz, principalmente com doentes que além da carência informativa estão com medo, angustiados ou mesmo em pânico perante a sua situação. Deste modo a função educativa implica, ainda na perspectiva de Benner, (2001) que a enfermeira deverá considerar o momento mais oportuno: saber quando o cliente está pronto para aprender, deverá ajudar os doentes a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida, saber e compreender como o doente interpreta a sua doença, fornecer uma interpretação do

estado do doente e dar as razões para os tratamentos, bem como tornar abordáveis e compreensíveis os aspectos culturalmente considerados tabu de uma doença. Assim saber como está o cliente, em que medida está aberto às informações e decidir quando o fazer mesmo quando ele parece não estar pronto, são aspectos chave para que um cliente seja educado eficazmente.

A função educativa tem expressão nos actos de natureza pedagógica e educacionais relatados pelos estudantes acerca do seu desempenho e inclui a comunicação pedagógica, o ensino oportuno e programado, bem como a explicação dos procedimentos ao cliente, em algumas situações conforme o protocolo em uso no contexto específico.

A comunicação pedagógica é-nos relatada do seguinte modo:

“Expliquei-lhe que era normal que o bebé se desinteressasse da mama por alguns momentos, ele não necessitava de fazer a mamada toda seguida. Aliás, era importante que ele “arrotasse” a meio da mamada. Bastou algum apoio para que esta mãe se sentisse um pouco mais confiante.” [RE5].

Trata-se de um tipo de comunicação centrado na necessidade de aprendizagem da cliente à qual o estudante responde com o seu saber no sentido de apoiar e promover a confiança do cliente nas suas capacidades cuidativas.

A realização de ensinamentos constitui uma competência de relevo na função educativa do enfermeiro, podendo revestir-se de modos programados ou oportunos de execução. O ensino oportuno é realizado em função das necessidades de informação do cliente identificadas no momento, não carecendo de programação prévia, como nos relata um estudante.

“Realizei alguns ensinamentos que no momento considerei oportunos e outros como forma de dar resposta às questões da própria mãe. Fiquei com a sensação que, apesar de continuar a manifestar alguma ansiedade, estava um pouco mais confiante e segura daquilo que estava a fazer.” [RE5].

Já o ensino programado é realizado em função das necessidades de informação que se crêem estar presentes em determinadas situações do cliente, nomeadamente aquando de situações de intervenção cirúrgica ou de doença crónica, que exigem a programação adequada da informação a fornecer ao cliente, embora se possa correr o risco de esta informação ser estereotipada e não responder de modo adequado às reais necessidades de informação do cliente. No entanto, em vários serviços hospitalares e Centros de Saúde os profissionais de enfermagem têm elencado um conjunto de “ensinamentos programados” no sentido de fazer face às necessidades mais comuns ou mais prementes, em função da situação dos clientes que assistem.

No âmbito da função educativa cabe a *explicação dos procedimentos ao cliente*, que pode ocorrer naturalmente no decorrer do mesmo ou então em função de protocolos previamente definidos no serviço, no sentido de garantir que os aspectos considerados importantes para o cliente são abordados e explicados na sua totalidade.

A explicação dos procedimentos conforme protocolo é narrada por um estudante do seguinte modo:

“Comecei a explicar tudo à senhora, tal como tinha ouvido no dia anterior, e conforme protocolo.” [RB3].

Esta expressão do estudante mostra que a aquisição desta competência incorpora dois factores intervenientes. Por um lado o estudante mostra que tem como referência o que ouviu no dia anterior, denotando o poder da experiência na construção da competência, que não sendo racionalizada, rapidamente se pode constituir num saber-fazer por imitação e rotinizado, e a referência ao protocolo que lhe permite nortear a cuidado pedagógico de explicar sem omitir dados previamente definidos para o efeito. No domínio da aquisição de competências pelo estudante de enfermagem, no seu estatuto de iniciado ou iniciado avançado as regras sob a forma de protocolos ou outros é extremamente importante, pois permite guiá-los nos seus actos, embora correndo o risco de a regra definida ou o protocolo não ir ao encontro de um comportamento correcto, porque não são indicados quais os actos mais úteis numa dada situação real (Benner, 2001)

c) Cuidados na função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização

A expressão de aquisição de competências na função de diagnóstico, acompanhamento e monitorização do cliente refere-se às intervenções realizadas pelos profissionais de enfermagem relativas à colaboração ou realização de testes diagnósticos, e na colaboração de intervenções terapêuticas que resultam na necessidade de uma vigilância atenta (Benner, 2001). Esta função tem vindo a desenvolver-se de forma importante no decorrer dos últimos anos, á medida que o número de doenças e intervenções médicas vão aumentando. Trata-se de uma função de complementaridade circunscrita às actividades delegadas pelo médico – focadas no diagnóstico e tratamento da doença – que é definida pelo *Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros* (Decreto – Lei nº 161/96 de 4 de Setembro), onde é referido que os *“enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional”* (art. 8º). No mesmo regulamento as funções do enfermeiro são assumidas como autónomas e interdependentes, sendo as interdependentes as que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde e o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação (Paiva, 2004). A OE (2003a) define estas funções como *“atitudes terapêuticas/diagnósticas prescritas e colheita de produtos biológicos”* (p. 122), devendo o enfermeiro, na implementação de uma prescrição documentada, *“observar todos os princípios inerentes à boa prática de enfermagem”* (*ibidem*, p. 122).

A expressão destas competências foi identificada nos discursos narrativos dos estudantes, nomeadamente a avaliação de parâmetros vitais e a avaliação de glicemia capilar. Estes procedimentos têm como objectivo monitorizar a situação do cliente, no sentido de detectar e determinar mudanças significativas do seu estado, bem como determinar sinais de alarme precoces, no sentido de antecipação de uma crise e uma deterioração do estado do cliente, antes que os sinais explícitos confirmem o diagnóstico (Benner, 2001).

d) Cuidados na função de gestão terapêutica

Os cuidados na função de gestão terapêutica refere-se às intervenções realizadas no sentido de pôr a funcionar e vigiar um tratamento por via intravenosa com o mínimo de risco e de complicação, administrar os medicamentos de modo apropriado e sem perigo, vigiando os efeitos secundários, as reacções, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades; o combate ao perigo da imobilidade, prevenindo o aparecimento de úlceras de pressão e tratá-las quando estão presentes, fazendo andar e mobilizar os clientes para aumentar as possibilidades de reeducação funcional e prevenir as complicações respiratórias. Inclui ainda, criar estratégias de tratamento de feridas que facilite a recuperação, o conforto e uma drenagem apropriada (Benner, 2001).

Esta função cuidativa está presente nas narrativas dos estudantes quando referem a preparação e administração de terapêutica, a actuação de acordo com padrões do contexto e a oportunidade de fazer pensos. Muitas destas intervenções foram delegadas aos enfermeiros em função do desenvolvimento tecnológico adstrito à função médica, mas também por razões de natureza económica, pois fica muito mais barato ao sistema assegurar o cumprimento dos protocolos terapêuticos por parte dos enfermeiros do que pelos médicos.

Este tipo de intervenções reveste-se em muitas circunstâncias de um elevado nível de complexidade, exigindo que quer estudantes ou enfermeiros desenvolvam mais competências do que aquelas que têm oportunidade de adquirir durante a fase de escolarização inicial.

Quanto à preparação e administração de terapêutica, a OE (2003a) explicita que esta é uma função interdependente a ser realizada *“de acordo com a qualificação profissional que o profissional detém, sendo-lhe reconhecida competência científica e técnica para o efeito”* (OE, 2003a: 127), pelo que o contacto dos estudantes com estas funções concorre para o desenvolvimento da sua competência interdependente, relativa àquela função, bem como à *actuação de acordo com padrões do contexto e a oportunidade de fazer pensos*.

e) Cuidados sob outras formas de execução

Consideramos, ainda dentro da execução de cuidados, outras formas de execução que se referem à *“oportunidade de fazer vários procedimentos de enfermagem”*, expresso por vários estudantes, bem como *“fazer a triagem, na urgência”*. Esta última actividade narrada por alguns estudantes consideramos ser uma actividade de grande exigência em conhecimentos e habilidades de raciocínio, função habitualmente designada a enfermeiras consideradas peritas nessa área de cuidados, pelo que será, na nossa perspectiva, uma actividade que envolve um elevado factor de risco quando é realizada por um estudante, a não ser que este esteja a ser acompanhado e sob a supervisão estreita de um profissional perito. De acordo com a OE (2003a), a triagem é um processo que permite ao enfermeiro estabelecer prioridades na sua intervenção e encaminhá-la em conformidade com o seu diagnóstico de enfermagem. Através de um processo de apreciação das pessoas que acedem à instituição, por marcação ou sem ela, o enfermeiro assume decisões relativas ao procedimento subsequente. Assim, *“vai propor ao cliente o*

encaminhamento para a actividade de enfermagem ou outras dos parceiros na equipa de saúde” (OE, 2003a: 131).

Este processo de fazer triagem, na urgência, é descrito por um estudante, que refere:

“Fui à sala de espera chamar a menina que se seguia, para efectuar-mos a respectiva triagem. Esta menina tinha 10 anos apresentava-se com muitas dores abdominais e algumas cefaleias. Como é hábito na triagem para além de avaliarmos a temperatura, neste caso a menina estava apirética, perguntamos sempre qual o peso da criança. Esta disse que não sabia e a sua mãe disse que já não a pesava há muito tempo, mas que o peso deveria andar por volta dos 60 Kg. Quando a mãe me disse tal peso, fiquei muito surpreendida pois este peso é muito elevado para a criança, e disse à mãe que a menina tinha um peso muito elevado para a idade, mas esta desvalorizou a questão e ainda teve a coragem de dizer de não estava assim tão gorda. Fiquei sem reacção, mas tal espanto não ficou só por aqui pois como a mãe tinha dito que já não a pesava há muito tempo, eu tive que ir confirmar o peso que a mãe me disse, pois se fosse necessário administrar um analgésico ou um antipirético deveríamos ter sempre o peso correcto.” [RB1].

Trata-se de uma intervenção de enfermagem que exige a mobilização de vários e diferentes conhecimentos para a compreensão ajustada à situação, bem como a expressão de comportamentos atitudinais que para um estudante pode ser difícil expressar com assertividade, dado o seu estatuto de aprendiz. Por outro lado, parece, pela narrativa, que o processo de triagem é executado apenas pelo estudante, o que poderá fazer o cliente incorrer em risco, pois *“a triagem deverá ser (realizada) por um enfermeiro preparado e /ou com larga experiencia desta actividade, preferencialmente um enfermeiro especialista, que lhe permita avaliar, estabelecer prioridades das situações e encaminhar”* (OE, 2003a: 133), o que parece não ser a situação na situação narrada.

Avaliação dos cuidados

A avaliação da resposta do cliente aos cuidados prestados e o atingir dos resultados esperados constitui o passo final do processo de cuidados de enfermagem (Doenges e Moorhouse, 1994). Esta fase de avaliação é necessária para determinar até que ponto o plano de cuidados implementado é adequado à situação do cliente, pelo que a revisão do plano de cuidados é um componente essencial da fase de avaliação, sendo esta fase de avaliação interactiva e contínua. A fase de avaliação inclui a reavaliação, modificação do plano de cuidados e o termo dos cuidados, quando verificados os resultados esperados e a observância dos objectivos definidos.

Este processo de avaliação, centrado nos resultados esperados para a intervenção realizada no cliente é narrado por um estudante do seguinte modo:

“A prova maior de que fui importante para o doente estava espelhada no seu rosto e ainda no seu tom e enunciação de palavras. Constatar a sua nova percepção, a partir da minha intervenção, agora mais calmo, foi um indicador fugaz da sua alteração de estado, e ao mesmo tempo afirmador e comprovador de que a minha acção tinha tido frutos positivos.” [RA5].

De acordo com as competências do enfermeiro de cuidados gerais definidos pela OE, a avaliação inclui a documentação da evolução observada no cliente no sentido dos resultados esperados, a colaboração como os clientes e /ou os cuidadores na revisão dos progressos face aos resultados esperados e a utilização dos dados de avaliação para modificar o plano de cuidados (OE, 2003), entre outros. A avaliação expressa é uma avaliação dos cuidados prestados, considerando, como referido, os resultados apresentados pelo cliente.

Pelo apresentado, os estudantes expressam nas suas narrativas a aquisição e desenvolvimento de competências na realização de cuidados, considerando estes imersos numa abordagem metodológica e sistemática própria: o processo de cuidados de enfermagem.

5.5. DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

O desenvolvimento profissional é hoje considerado um elemento de melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população, pelo que a formação contínua, educação permanente ou aprendizagem ao longo da vida, associadas ao conceito de aprender a aprender constituem referências educacionais para a transformação do trabalho e do desenvolvimento permanente dos profissionais tanto a nível individual, quanto colectivo (Adami, 2000).

O desenvolvimento profissional, enquanto competência definida pela OE para os enfermeiros de cuidados gerais, inclui os componentes valorização profissional, melhoria dos cuidados e formação contínua (OE, 2003). Enquanto valorização profissional a Ordem dos Enfermeiros considera que o enfermeiro promove e mantém a imagem profissional da enfermagem; defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas; contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem; valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados; actua como um modelo efectivo e assume responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde. Do ponto de vista de melhoria de cuidados, é considerado que os profissionais utilizem indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem e participem em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade. Quanto à formação contínua, preconiza que o profissional leve a efeito uma revisão regular das suas práticas; assuma responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências; actue no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua; contribua para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas; actue como um mentor/tutor eficaz e aproveite as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde (OE, 2003).

A análise dos discursos narrativos dos estudantes permite inferir processos de desenvolvimento profissional nos três componentes definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Identificamos indícios expressivos de processos de desenvolvimento profissional *pela formação contínua, pelo desenvolvimento de atitudes, pelo desenvolvimento de capacidades, pela*

compreensão do erro, pela perspectiva de desenvolvimento futuro, pela experiência, pela reflexão e pela projecção de intervenção futura (quadro 60).

Quadro 60: Desenvolvimento profissional

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	
Pela formação contínua	Compreensão da importância da actualização permanente Perspectiva de aprendizagem ao longo da vida
Pelo desenvolvimento de atitudes	Mais confiança pessoal Mais confiança na intervenção Mais confiança na abordagem dos clientes Maior atenção aos comportamentos de negação dos pais Dar tempo ao cliente Iniciativa na selecção de clientes Interesse em compreender a adaptação do cliente à doença Maior segurança em situações semelhantes Aprender a encarar a morte como etapa da vida Valorização dos cuidados de enfermagem
Pelo desenvolvimento de capacidades	Desenvolvimento da capacidade reflexiva Desenvolvimento de capacidades éticas Desenvolvimento de capacidades de comunicação Desenvolvimento de capacidades de comunicação com clientes com dificuldades comunicacionais Desenvolvimento de capacidades na relação de ajuda Aumento da capacidade de aprender a partir das práticas Aprender reflectindo acerca da prática
Pela compreensão do erro	Compreendeu onde e porque é que errou
Pela perspectiva de evolução	Perspectiva de desenvolvimento profissional Perspectiva de desenvolvimento pessoal Perspectiva de crescimento pela tomada de consciência de sentimentos pessoais Construção de competências éticas
Pela experiência Pela reflexão Pela projecção de intervenção futura	

Desenvolvimento profissional pela formação contínua e perspectiva de aprendizagem ao longo da vida

A perspectiva de desenvolvimento profissional pela formação contínua e perspectiva de aprendizagem ao longo da vida está presente na expressão que alguns estudantes manifestam acerca da compreensão da importância da actualização permanente, nomeadamente quando é referido que *“não pudemos ficar à espera que as coisas aconteçam. O mundo está em constante evolução e nós temos que a acompanhar caso contrário tornámo-nos ultrapassados”* [RB3]; *“Sinto que ainda tenho muito para aprender e melhorar como prestadora de cuidados e como ser humano.”* [RB5], ou *“tenho que estar suficientemente preparado para responder a situações idênticas.”* [RD4], o que evidencia que os estudantes levam a efeito a revisão das suas práticas no sentido de assumir a necessidade da formação contínua para uma boa prática de cuidados.

Esta perspectiva, a perspectiva de aprendizagem ao longo da vida é especificamente narrada por um estudante, que refere:

“ (...) existem momentos que jamais nos passarão despercebidos, suscitando em nós o desejo ínfimo para a busca de respostas que poderá dar algum alento a todas as nossas interrogações. É esta procura que coadjuvará progressivamente para um aperfeiçoamento do meu pensamento crítico e conhecimentos teóricos que contribuirão certamente para a otimização dos cuidados por mim prestados, não só no presente e nos próximos ensinamentos clínicos, assim como futuramente na minha vida pessoal e profissional.” [RJ1].

A perspectiva de aprendizagem ao longo da vida expressa pelo estudante parece configurar a possibilidade da gestão autónoma do conhecimento para o processo de aprender a aprender, competência considerada básica e essencial no actual quadro de desenvolvimento profissional. A gestão autónoma do próprio saber está na base da capacidade de análise das situações, da solução de problemas, da aquisição de conhecimentos e da tomada de decisões, o que implica uma constante reelaboração de novas informações no confronto com uma realidade de trabalho que envolva e ajude o formando a crescer (Meghnagi, 1998).

Desenvolvimento profissional pelo desenvolvimento de atitudes

O desenvolvimento profissional pelo desenvolvimento de atitudes está presente nas expressões de mais confiança pessoal, nomeadamente quando um estudante refere *“Passei a confiar um pouco mais em mim”* [RA4]; bem como nas expressões de mais confiança na intervenção [RF4] ou mais confiança na abordagem dos clientes [RA2; 3] e maior atenção aos comportamentos de negação dos pais, como refere um estudante *“Com esta experiência, fiquei muito mais atenta aos comportamentos de negação de alguns pais sobre as perturbações dos seus filhos”* [RC2].

No âmbito do desenvolvimento de atitudes, que entendemos enquanto evidência do processo de desenvolvimento profissional, no sentido de uma *praxis emancipada* (Kuenzer, 2002), comportamentos atitudinais, como *dar tempo ao cliente* [RH4], *iniciativa na selecção de clientes* [RC4]; [RD1], *interesse em compreender a adaptação do cliente à doença* [RG2] e a expressão de *maior segurança em situações semelhantes* são expressões de processos de desenvolvimento em curso, tal como nos refere um estudante:

“Sinto que serei capaz de enfrentar uma situação semelhante com maior segurança, apesar da singularidade de cada situação, aprendi a desvalorizar aparências e a valorizar o amor e coragem de quem sofre.” [RH4].

Trata-se da apreensão intrínseca do estudante de que será capaz de uma atitude mais segura face a situações similares, entendendo a singularidade de cada situação, pelo que não se trata da aplicação de um esquema previamente construído sem o juízo crítico inerente a cada pessoa e a sua situação.

Aprender a encarar a morte como etapa da vida e a valorização dos cuidados de enfermagem são também elementos de desenvolvimento profissional, no sentido em que *“Foi um grande desafio, a que me propus ao longo deste terceiro ano lectivo, ou seja, de aprender a encarar a morte como uma etapa e não um fim”* [RH5], o que evidencia a componente evolutiva no processo

de aprendizagem. Este é um elemento preditor de processo de desenvolvimento profissional em contexto de produção de cuidados, pois expressa o desenvolvimento de um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais (Lima, 2005). Também a expressão de um estudante ao referir *“Acredito que os cuidados desenvolvidos pelos enfermeiros são essenciais”* [R12] explicita natureza identitária em construção pelos estudantes em ensino clínico que fortemente contribui para o processo de desenvolvimento profissional (Abreu, 2001; 2007).

Desenvolvimento profissional pelo desenvolvimento de capacidades

O conceito de competência profissional em enfermagem refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades (OE, 2003).

A análise das narrativas dos estudantes permitiu a identificação de um conjunto de capacidades não só colocadas em acção pelos estudantes, mas também desenvolvidas pela componente experiencial e pelo processo reflexivo realizado.

Identificamos a *expressão de desenvolvimento da capacidade reflexiva*, por exemplo quando é referido *“Consegui com este trabalho continuar a desenvolver a minha capacidade reflexiva.”* [RB4], de desenvolvimento de capacidades éticas, por expressões do tipo *“eticamente ajudou-me a desenvolver sobretudo o sentimento de respeito, compreensão do outro e intimidade e privacidade”* [RF5].

Do mesmo modo, identificamos expressões de desenvolvimento de capacidades de comunicação incluindo o desenvolvimento de capacidades de comunicação com clientes com dificuldades comunicacionais e o desenvolvimento de capacidades na relação de ajuda.

Também o aumento da capacidade de aprender a partir das práticas foi expresso pelos estudantes, quando, por exemplo, referem:

“A realização deste trabalho constitui um importante instrumento de capacitação, na aquisição de um profundo conhecimento dos meus saberes e da minha prática. Aumentou a minha capacidade de aprender a partir das práticas permitindo que, quer o conhecimento quer a experiência seja fundamentado e sustentado pela teoria.” [R11].

Ou aprender reflectindo acerca da prática, como nos relata um estudante:

“Este tipo de exercício constitui-se como um instrumento imprescindível para aprender reflectindo acerca da prática experienciada, contribuindo para a nossa eterna formação como alunos e futuros profissionais de enfermagem.” [R14].

A expressão de desenvolvimento de capacidades específicas à prática de cuidados, como as capacidades éticas, as capacidades de comunicação bem como a expressão de desenvolvimento de capacidades de aprender a partir das práticas e da reflexão sobre as práticas representam a importância dos contextos de trabalho para a aprendizagem experiencial dos estudantes, mas também os processos de reflexão sobre as práticas que experimentados e desenvolvidos por estes estudantes constituíram factor de desenvolvimento de competência profissional.

Desenvolvimento profissional pela compreensão do erro

Compreender onde e porque é que se errou é sem dúvida um factor de desenvolvimento profissional, enquanto “erro construtivo”, no sentido em que o sujeito não dispõe ainda dos esquemas de acção requeridos, ou seja existem lacunas na sua estrutura cognitiva que dificultam a assimilação dos dados disponíveis. Sendo reconhecida pelo sujeito, a lacuna, neste caso o conhecimento de como agir perante a situação, sinaliza a formação de novas estruturas, ou seja a génese de novas estruturas cognitivas (Davis e Espósito, 1990), promotoras de desenvolvimento. Do mesmo modo é entendido o erro, enquanto fonte de crescimento, quando este é consciencializado e dele se faz uso positivo para avançar na busca da solução pretendida (Meroni, 2003). A identificação e compreensão do erro são passos fundamentais para a sua superação, pois pela compreensão do desvio (do não saber) torna-se possível a sua correcção inteligente, a aquisição consciente e elaborada de uma conduta ou habilidade que se traduz em processos de aprendizagem e desenvolvimento, tal como nos refere um estudante:

“Reflecti acerca das minhas acções, compreendi onde e porque é que errei e aprendi como agir em situações futuras.” [RD5].

Trata-se da vivência de um erro construtivo, que deu origem a processos de desenvolvimento, em que o conhecimento e desenvolvimento pessoal, que é limitado, foram ampliados pela superação do erro (Moreira *et al.*, 2001). Estamos perante a situação em que a ultrapassagem do erro só pode ser feita por aqueles que o cometem e não por aqueles que os assinalam, uma vez que as lógicas de funcionamento são diferentes. O erro, sendo um fenómeno inerente à aprendizagem, representa uma coerência própria de uma dada representação, isto é, revela uma concepção associada a uma dada representação que o estudante formou, e que neste caso foi uma aprendizagem significativa a partir do seu processo de auto-regulação e construção de aprendizagem.

Não pretendemos, de modo algum, defender a apologia do erro ou do insucesso, como fontes necessárias de crescimento e desenvolvimento. O que pretendemos salientar é que sobre o insucesso e o erro não devem ser acrescentadas a culpa e o castigo, antes aprender, ou ajudar a aprender a retirar deles os melhores e mais significativos benefícios, com os quais se pode positivamente aprender e evoluir. Defendemos uma ética da compreensão que solicita a argumentação e a refutação, no sentido de reconhecer o erro, o extravio, as ideologias e as “*derivadas*” (Morin, 2002: 106) como tão bem nos retrata a narrativa do estudante acima transcrita.

Desenvolvimento profissional pela perspectiva de evolução

O desenvolvimento de competência profissional pela perspectiva de desenvolvimento insere-se numa abordagem de aprendizagem auto-reflexiva, enquanto mecanismo de auto-desenvolvimento e auto-actualização (Elmholdt e Brinkmann, 2006).

Neste sentido, os estudantes expressam narrativamente perspectivas de desenvolvimento profissional e pessoal, a perspectiva de crescimento pela tomada de consciência de sentimentos pessoais e a construção de competências éticas.

A perspectiva de desenvolvimento profissional e pessoal apoia-se na consideração de incompletude e inacabamento que os estudantes evidenciam ao referir:

“Na minha opinião, há sempre algo mais a fazer por alguém que precisa de nós, dos nossos cuidados. Nunca nos devemos dar por satisfeitos com as nossas acções mas sim querer sempre mais e melhor. Sinto que ainda tenho muito para aprender e melhorar como prestadora de cuidados e como ser humano.” [RB5].

“Considero que da minha parte existe ainda um longo caminho a percorrer a este nível, estou apenas no começo.” [RE2].

É explícita a noção de que o desenvolvimento de competências de desenvolvimento profissional está indelévelmente relacionado com a concepção que se tem dos saberes, conhecimentos e habilidades, concepção esta de que nada se dá por permanentemente certo e imutável, à qual se alia a necessidade de se manter em aberto a possibilidade de evolução, sendo o conceito central a este processo de desenvolvimento o aprender como aprender (Reed e Procter, 1993a).

A perspectiva de crescimento pela tomada de consciência de sentimentos pessoais é vista enquanto *“sentimentos tornam-se um contributo para o meu crescimento como enfermeira e como ser humano.”* [RI4], no sentido em que o estudante ao tomar consciência dos seus sentimentos face a determinadas situações, os vê como naturais, pelo que a predisposição para se aceitar constitui *“um contributo para o meu crescimento como enfermeira e como ser humano.”* [RI4].

A perspectiva de construção de competências éticas é também um factor promotor de desenvolvimento profissional, no sentido da responsabilidade profissional com um código de conduta que pode gerar novos processos de entender a acção futura e encorajar a concepção de alternativas de acção (Jasper, 2005). Esta perspectiva é narrada por um estudante, que refere:

“ (...) considero a importância do cumprimento dos princípios bioéticos que orientam a conduta profissional de enfermagem relativamente ao doente terminal, (e) estou completamente consciente das exigências que o seu cumprimento acarreta para os enfermeiros enquanto pessoas e profissionais de saúde!” [RJ5].

Desenvolvimento profissional pela experiência e pela reflexão

Os estudantes narram elementos experienciais e de reflexão que traduzem processos de desenvolvimento profissional. Quanto à experiência, refere um estudante:

“Com esta vivência cresci como pessoa e construí pilares fundamentais na minha formação enquanto futura enfermeira” [RJ5]

A expressão de crescimento pessoal e profissional pela experiência, referida pelo estudante, é evidência de que cada acto ou manifestação deste demonstra habilidades e capacidades

resultantes de elaborações mentais complexas, ainda que a acção em si não apresente nenhuma dificuldade particular. O saber subsumido na competência desenvolvimento profissional, pela construção de “*pilares fundamentais*” na formação do estudante deixa antever a construção de capacidades úteis e em condições de evoluir com a modificação dos contextos e com o passar do tempo (Meghnagi, 1998; Bronfenbrenner, 2002). A explicitação deste processo de desenvolvimento profissional faz crer que os estudantes continuarão pelo percurso da sua carreira profissional a ser construtores da sua própria trajectória profissional e de estruturação da sua identidade, podendo expressar-se como actores de um processo de desenvolvimento de competência alicerçada na experiência reflectida, como expressa um estudante.

“Penso que esta reflexão contribuiu para dar mais um passo no longo caminho que tenho percorrer, contribuindo assim para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.” [RF5].

A expressão da reflexão enquanto contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante é evidência de uma atitude de reflexão, espírito crítico, autocrítico, e capacidade de se abstrair de uma situação concreta para pensar o seu processo de desenvolvimento. É também evidência de uma atitude de mudança que considera o significado de estar pronto para aprender, recomeçar e aceitar novos desafios, entender a realidade, sentir-se co-responsável nos seus processos de transformação e assumir o papel activo e construtor da história da realidade e dos seus processos. Esta atitude implica reconhecer as determinações e apropriar-se dos mecanismos capazes de modificá-las, mediante uma reflexão crítica das dificuldades encontradas (Saupe *et al.*, 2005).

Desenvolvimento profissional pela projecção de intervenção futura

A projecção da intervenção futura radica numa abordagem de auto-projecção (Potts, 2005), e uma perspectiva de transformação, no sentido da conceptualização abstracta de novas formas de ser ou fazer perante cenários hipoteticamente similares às situações vivenciadas (Bullman, 2005).

Como podemos observar no quadro 61, o processo de desenvolvimento é alocado a perspectivas de intervenção futura, que resultam da construção de novas/outras/melhores perspectivas de intervenção pelo processo de reflexão realizado.

Os estudantes expressam a intenção de uma acção mais segura, calma e esclarecida perante cenários hipoteticamente semelhantes aos já vividos e que pela componente reflexiva projectam com outro saber e abertura ao devir.

Esta perspectiva de desenvolvimento profissional pela projecção da intervenção tem expressão nas narrativas dos estudantes. Alguns deles referem:

“ (...) numa situação futura semelhante à apresentada, a minha acção será semelhante à realizada, porem darei maior atenção ao apoio à família durante a hospitalização, de maneira a que as possíveis situações de crise sejam evitadas.” [RD2].

Quadro 61: Desenvolvimento profissional pela projecção de intervenção futura

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL PELA PROJECCÃO DE INTERVENÇÃO FUTURA	
<p>No futuro, prestar cuidados de excelência No futuro, perspectiva de melhor comunicação com os clientes No futuro, procurar o equilíbrio entre os cuidados e a dignidade da pessoa No futuro, saberá mais facilmente resolver situações idênticas No futuro, lidar de modo mais positivo com as situações No futuro, agir de modo igualmente cuidadoso No futuro, olhar mais atento e minucioso No futuro, terá mais calma No futuro, ficará mais desperta e mais crítica No futuro, desenvolver uma atitude mais assertiva No futuro, maior cuidado com os juízos acerca das pessoas No futuro, maior atenção à comunicação durante a prática de cuidados No futuro, assumir com maior importância a comunicação</p>	<p>No futuro, desenvolver uma atitude mais comunicativa No futuro, não esquecer de ver o idoso como um indivíduo com direitos No futuro, nada mudaria nas suas acções No futuro, maior leque de ferramentas que poderá utilizar Em situações idêntica estar apta à prestação condigna de cuidados Em situações futuras, oferecer ajuda Em situações semelhantes procurará agir da mesma forma Lidar melhor com situações semelhantes Aprendi como agir em situações futuras Em situações semelhantes, utilizar a experiência e o que aprendeu Perspectiva de saber lidar melhor com a morte No futuro, não sabe como agiria Incerteza face à actuação no futuro</p>

“Uma vez mais deparo-me com a possibilidade de, num futuro próximo, prestar cuidados de enfermagem de excelência, baseados não só nos protocolos de cada serviço, mas atendendo sempre e do melhor modo às necessidades específicas de cada um, bem como às suas potencialidades.” [RG3].

“ (...) visualizei uma realidade de enfermagem com a qual até então não tinha tido oportunidade de me confrontar, por isso, ao agir de tal modo procedi à minha preparação face a uma nova oportunidade, ou seja, possibilitou-me as ferramentas para que numa idêntica situação esteja apta à prestação condigna e respeitosa dos cuidados pós morte, ao corpo cuja família deseja prestar a última e merecida homenagem de descanso eterno.” [RH5].

“Avaliando toda a situação vivenciada, considero que numa situação futura agiria de forma semelhante, ou talvez melhor” [RE5].

A projecção da acção no futuro constitui uma capacidade ligada à produção de inovações e de lidar com imprevistos (Meghnagi, 1998), fazendo apelo à capacidade de transitar por diferentes áreas do conhecimento e por saberes ainda não estruturados de modo a delinear antecipadamente percursos em sistemas complexos, dada a necessidade de agir profissionalmente em situações, por um lado, variadas mas também pelo seu teor de imprevisibilidade, como é a prática de cuidados de enfermagem. Deste modo, a construção de esquemas que privilegiem a possibilidade de mudanças e o retorno a percursos interrompidos devem incorporar modelos não-lineares de resposta a situações possíveis no futuro (Trépos, 1992). O processo de aprendizagem assim dirigido procura fundamentar na acção a aquisição do raciocínio e das antecipações que este permite (Ramos, 2002) para o desenvolvimento de uma consciência reflexiva a partir das situações da prática (Schön, 1992; Lima, 2005).

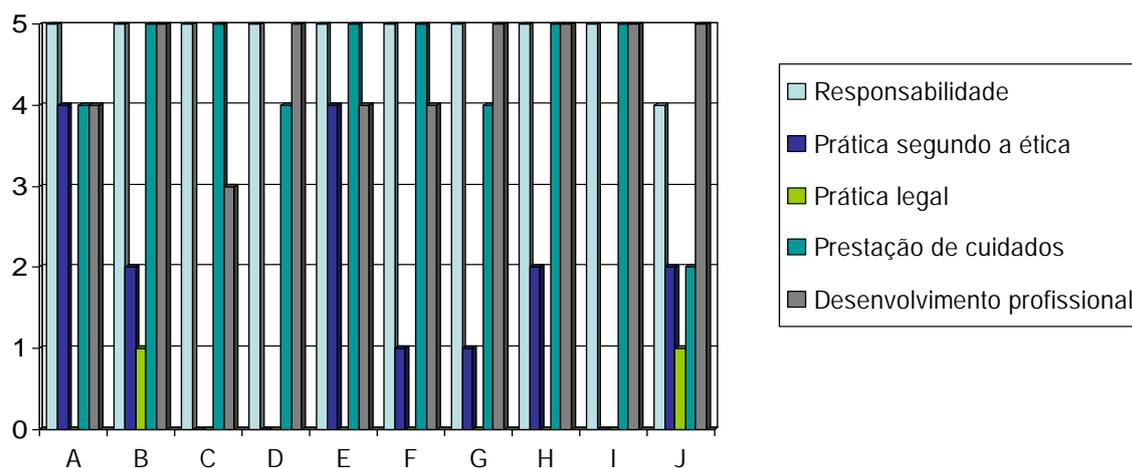
5.6. FACTORES DE VARIABILIDADE

Do mesmo modo que para a análise dos temas apresentados em capítulos anteriores realizamos matrizes de intersecção entre os estudantes participantes no estudo, as áreas nas quais realizaram os ensinamentos clínicos e continuidade com que foram produzidas as narrativas e o tema em questão – aquisição e desenvolvimento de competência – no sentido de aprofundar o seu campo analítico em termos de variação.

Variabilidade pessoal no processo de aquisição e desenvolvimento de competências

Pretendemos com o gráfico 33 evidenciar os modos de distribuição dos vários componentes de competência identificados a partir da análise dos discursos narrativos dos estudantes, em função dos estudantes, no sentido de averiguar a existência ou não de variação entre as expressões dos estudantes.

Gráfico 33. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências expressas, segundo os estudantes



Podemos então observar que existem componentes de competências presentes em narrativas de todos os estudantes, nomeadamente as componentes responsabilidade, desenvolvimento profissional e prestação de cuidados. Já as componentes prática segundo a ética e prática legal adquirem uma expressividade bastante mais reduzida, tendo a prática legal uma expressa residual no conjunto dos componentes expressos. Só dois estudantes revelam elementos deste domínio de competência e apenas em uma narrativa. Dado que estes estudantes são do 3º ano do curso não se lhes colocarão questões de natureza legal, nomeadamente nos aspectos de responsabilidade criminal e civil ou mesmo disciplinar. Têm uma actividade supervisionada por um enfermeiro que é em primeira instância o responsável pelos actos de responsabilidade disciplinar, na medida em que é a estes que cabe a orientação da função cuidativa de acordo com os preceitos, códigos e normas de bem-fazer. Os dois estudantes que expressam aspectos de natureza legal referem-se não a

faltas cometidas neste âmbito, antes a preocupações manifestas de manter o sigilo profissional e a confidencialidade. O facto de todos os outros estudantes não se referirem a estes aspectos não quer dizer que estes não sejam objecto de preocupação. No entanto, cabe referir que independentemente do estatuto de estudante as questões de natureza criminal e civil, como a negligência voluntária ou involuntária, actividades empresariais fraudulentas realizadas nos serviços de saúde, bem como actos danosos com ou sem dolo possam ocorrer, e os estudantes podem ter que responder civil ou criminalmente por esses actos.

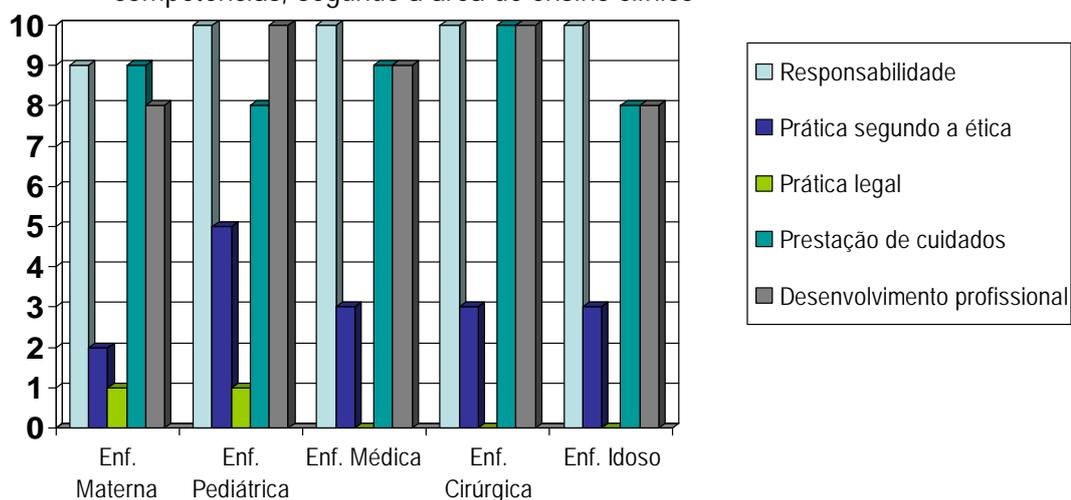
Quanto aos aspectos de natureza ética, são referidos por sete estudantes, embora com expressividade relativamente baixa. Das cinco narrativas realizadas por cada um deles, apenas dois estudantes discursam elementos de uma prática eticamente informada em quatro narrativas, enquanto que os restantes as expressam apenas em uma ou duas narrativas.

Já o componente responsabilidade está presente em todos os estudantes em todas as narrativas, à excepção de um (estudante J) que o exprime em quatro das cinco narrativas realizadas. O desenvolvimento profissional e a prática de cuidados constituem domínios de competência profissional com distribuição e expressividade semelhante entre os estudantes.

Variabilidade contextual no processo de aquisição e desenvolvimento de competências

Neste gráfico (34) observamos a distribuição da expressão dos domínios de competência identificados, em função da área de ensino clínico.

Gráfico 34. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências, segundo a área de ensino clínico



Podemos observar que nos ensinos clínicos de enfermagem materna e enfermagem pediátrica estão presentes os cinco domínios de competência, embora com expressividade diferente para cada um deles. Nos restantes a expressão de aquisição e desenvolvimento de competências é semelhante. De salientar que a responsabilidade apresenta uma expressividade máxima em todos

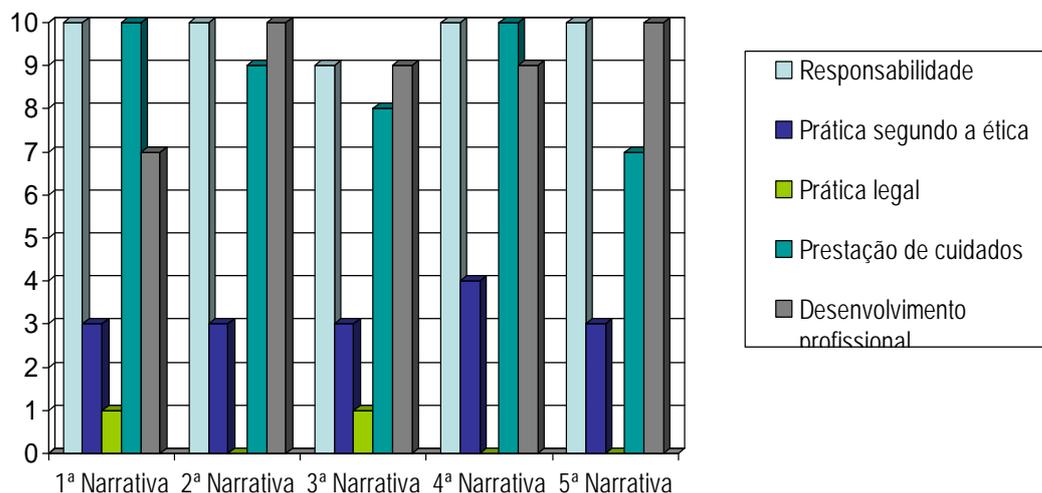
os ensinamentos clínicos (excepto na área de enfermagem materna que está presente em nove narrativas) imediatamente seguida pelos domínios de competência de prestação de cuidados e desenvolvimento profissional, cuja flutuação é discreta e semelhante nas cinco áreas de ensino clínico onde os estudantes produziram as suas narrativas. Os aspectos de natureza ética adquirem uma maior expressividade na enfermagem pediátrica, apresentando uma expressividade reduzida nas restantes áreas de ensino clínico.

Estes dados poderão traduzir a natureza do enquadramento fornecido aos estudantes para a construção das suas narrativas reflexivas, que efectivamente não sugeria a reflexão em torno das questões de natureza ética ou legal, antes sobre as situações de cuidados, os modos de interacção com essas situações e o confronto com os factores presentes na situação, nomeadamente os pessoais, contextuais e conhecimento actual acerca da situação em causa. Deste modo, a emergência com maior expressividade nos domínios de competência responsabilidade, prática de cuidados e desenvolvimento profissional tornou-se mais evidente nos discursos narrativos, do que os restantes domínios.

Variabilidade na continuidade narrativa no processo de aquisição e desenvolvimento de competências

O gráfico 35 apresenta a distribuição dos domínios de competência profissional, considerando a continuidade na construção das narrativas realizadas pelos estudantes.

Gráfico 35. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências, segundo a narrativa



O modo como se apresentam distribuídos os diferentes domínios de competência parece não estar relacionado com a continuidade narrativa, pois a flutuação que se observa é semelhante e discreta para quase todos eles.

Talvez o domínio do desenvolvimento profissional possa ser lido de modo um pouco diferente, dado que se observa um aumento da sua expressividade da primeira para a segunda narrativa,

expressividade que se mantém em todas as restantes narrativas com um flutuação muito pouco expressiva. Será que podemos dizer que a continuidade na construção de narrativas favorece a consciencialização por parte dos estudantes quanto ao seu processo de desenvolvimento profissional? A distribuição observada no gráfico não nos permite fazer essa afirmação de modo categórico, mas é plausível que tal aconteça.

6. CONCEPÇÕES E SIGNIFICADOS METANARRATIVOS ACERCA DO PROCESSO REFLEXIVO

A análise interpretativa das narrativas reflexivas e metanarrativas dos estudantes permitiu a identificação de expressões relativas aos seus entendimentos acerca do processo reflexivo realizado.

A reflexão é entendida por Dewey (1991) como sendo um processo de investigação que emerge da dúvida e da hesitação na busca de evidências para solucionar problemas e emancipar o sujeito da prática meramente “*impulsiva e habitual*” (*ibidem*, p. 12-13)

Constituem elementos do pensador reflexivo ou operação reflexiva, na perspectiva de Dewey (1991) o estado de perplexidade, hesitação, dúvida, adquirindo aqui a importância da incerteza para o acto de procura ou investigação orientada para iluminar factos os quais servem para corroborar ou anular a crença sugerida - importância da investigação para testar a consideração de alternativas (hipóteses) possíveis e a descoberta de factos que servem o propósito investigativo.

A procura de soluções na perplexidade é o factor que guia o avanço em todo o processo de reflexão. Onde não existe questionamento de um problema para resolver ou uma dificuldade a ser ultrapassada não há pensamento reflexivo. A necessidade de afastar a perplexidade também controla o tipo de questionamento levado a cabo. O problema determina o fim do pensamento e o fim controla o processo de pensamento (Dewey, 1991).

Schön (1992), associado ao conceito de reflexão, apresenta o conceito de *prática reflexiva* como sendo o exame contínuo que o profissional faz da própria prática, valendo-se do conhecimento que possui sobre ela.

Na perspectiva de Burnard (1995) a pessoa que faz reflexão procura a evidência para apoiar o novo modo de pensar fazendo apelo à racionalidade para a fundamentação da prática. Explicar o que se faz, como se faz e para que se faz constituem os elementos de fundamentação das práticas.

Neste quadro, o entendimento dos estudantes acerca da reflexão foi identificado no início e no final das narrativas, ou seja no antes e no depois do processo de análise em torno das situações significativas por eles seleccionadas.

O significado metanarrativo acerca do processo reflexivo foi desvendado na análise das metareflexões dos estudantes participantes no estudo, que foram convidados a realizar a partir da análise pessoal das suas narrativas. Intencionalmente não foram fornecidas quaisquer orientações escritas ou mais elaboradas para a construção das metareflexões, no sentido de deixar em aberto o campo de possibilidades metanarrativas de cada estudante, permitindo assim a emergência da sua criatividade, singularidade e subjectividade na expressão das suas percepções acerca dos processos reflexivos realizados.

6.1. O ANTES E O DEPOIS

As concepções acerca da reflexão expressas pelos estudantes variam em função do local em que elas se situam nas narrativas: no início e no final das mesmas.

Concepções acerca do processo reflexivo no início das narrativas

No início das narrativas alguns estudantes expressam um conjunto de assunções relativas ao processo reflexivo: os seus conceitos de reflexão, suas finalidades e objectivos, atitudes que consideram necessárias para fazer reflexão e a importância que atribuem à reflexão, bem como aspectos relativos ao desenvolvimento deste processo e as suas perspectivas relativas às desvantagens da reflexão escrita (quadro 62).

Quadro 62: Concepções acerca do processo reflexivo no início das narrativas

NO INÍCIO DAS NARRATIVAS
Conceito de reflexão
Finalidade da reflexão
Objectivos da reflexão
Atitudes necessárias para fazer reflexão
Importância da reflexão
Processo de reflexão
Desvantagem da reflexão escrita

Conceito de Reflexão

O conceito de reflexão enunciado pelos estudantes inclui as suas concepções acerca da reflexão, enquanto reflexão sobre a acção, considerando este processo uma construção elaborada (quadro 63).

Quadro 63: Conceitos de reflexão expressas no início das narrativas

CONCEITO DE REFLEXÃO	
Reflexão sobre as acções	Instrumento de aprendizagem significativo Instrumento imprescindível para aprender
Construção elaborada	Análise introspectiva do que aconteceu Processo de análise crítica Processo de construção pessoal Centrada no desempenho pessoal Centrada no contexto em que ocorre

Enquanto processo de reflexão sobre a acção um estudante refere que:

“a elaboração de uma reflexão desta natureza é o início do nosso futuro, enquanto enfermeiros, pois a reflectir nas nossas acções é para mim um dos passos fundamentais para o êxito da nossa prestação de cuidados” [RA3].

Sendo considerada um dos passos fundamentais para o êxito na prestação de cuidados, a reflexão é entendida pelos estudantes um “*instrumento de aprendizagem significativo*” [RD5], na medida em que proporciona uma aplicação do processo de enfermagem à realidade, bem como um “*instrumento imprescindível para aprender*” [RI4], pois que a reflexão é desenvolvida acerca da prática experienciada.

Enquanto construção elaborada os estudantes consideram que a reflexão se faz pela *análise introspectiva do que aconteceu* [RI4], é um *processo de análise crítica* [RH4], é um *processo de construção pessoal*, pois é “*uma construção de grande pessoalidade em que vigoram sentimentos, pensamentos, experiências que fazem parte do meu EU*” [RJ1]. É também considerada como sendo um *processo centrado no desempenho pessoal*, bem como no *contexto em que ocorre* [RI4].

Finalidades da reflexão

Quanto às finalidades da reflexão, os estudantes que as expressam referem que esta contribui para o *desenvolvimento pessoal e profissional*, permite *melhorar a qualidade dos cuidados*, bem como *retirar contributos para o futuro e retirar lições de como lidar no futuro* (quadro 64).

Quadro 64: Finalidades da reflexão expressas no início das narrativas

FINALIDADE DA REFLEXÃO
Desenvolvimento pessoal
Desenvolvimento profissional
Melhor qualidade dos cuidados
Retirar contributos para o futuro
Retirar lições de como lidar no futuro

O desenvolvimento pessoal e profissional é narrado por dois estudantes, que expressam:

“Na profissão de Enfermagem, tal como em todos os momentos da nossa vida, a reflexão assume um papel fulcral para o nosso desenvolvimento tanto como profissionais, como seres humanos que somos.” [RB2].

“Inúmeros foram os momentos, as circunstâncias que de alguma forma incitaram as minhas capacidades de reflexão e crítica, sendo potenciadoras do meu desenvolvimento intrínseco.” [RJ5].

Trata-se do entendimento dos estudantes que vêem a reflexão como um processo de auto-desenvolvimento, visão esta também documentada por Bulman (2005b) quando estuda o modo como os estudantes vêem a reflexão por eles realizada. O autor assinala como aspectos principais no modo com os estudantes expressam os seus significados acerca da reflexão, que este é visto precisamente “*como processo de desenvolvimento, como desafio e análise de experiências, bem como processo de articulação entre a teoria e a prática*” (Bulman, 2005b: 136).

Quanto à consideração de que a reflexão serve a melhoria da qualidade dos cuidados, um estudante expressa-a do seguinte modo:

“Esta reflexão tem como principal objectivo o desenvolver da aprendizagem, dando-nos oportunidade para tomarmos consciência de quem somos e da nossa importância no processo de cuidados. Para tal é necessário ter espírito crítico e questionarmo-nos relativamente às nossas práticas, procurando perceber o como e o porquê dessas práticas, e caso as nossas acções não sejam as mais acertadas, torna-se necessário reformula-las. Desta forma, os cuidados de enfermagem tornar-se-ão cada vez de melhor qualidade.” [RE1].

O estudante parte daquilo que considera serem os objectivos da reflexão expressando a oportunidade que esta lhe dá de “*tomar consciência*” de quem é e da sua importância no processo de cuidados, destacando as atitudes necessárias ao seu desenvolvimento e desse modo a melhoria dos cuidados como resultante do processo. É um entendimento consentâneo com várias perspectivas enunciadas pelos teóricos no âmbito da reflexão em enfermagem, que destacam que esta tem vindo a constituir um componente essencial para o desenvolvimento da enfermagem podendo ajudar os enfermeiros a crescer nos planos profissional e pessoal (p.e: Reed e Procter, 1993; Palmer, 1994; Burnard, 1995; Palmer, Burns e Bulman, 1995; Smith e Johnston, 2002; Johns e Freshwater, 2005), auxiliando a pensar crítica e construtivamente (Fernandez, 1998), bem como podendo traduzir-se na melhoria da qualidade dos cuidados (Hyrkäs *et al.*, 2001).

Alguns estudantes assinalam que pela reflexão esperam retirar contributos para o futuro e retirar lições de como lidar no futuro, como a seguir transcrevemos.

“Com a elaboração desta reflexão os meus objectivos são essencialmente reflectir acerca da minha acção e daí retirar contributos que considere importantes para o meu futuro.” [RA2];

“Ao mesmo tempo que retiramos de cada situação particular importantes lições de como lidar com situações futuras.” [RB1].

A componente projectiva que resulta da reflexão sobre a acção está documentada, nomeadamente nos trabalhos de Jarvis (1992) que considera a reflexão uma potencial situação de aprendizagem e que através dela o profissional muda o modo como se sente acerca do mundo. Kim (1999) encarando a reflexão como um processo de análise consciente acerca do que se verificou, ou seja a reflexão enquanto retrospectiva intencional que estimula a abordagem da enfermagem mais crítica, intencional e sistemática, ajuda a desenvolver a própria prática e Reed e Procter (1993) consideram que a reflexão é um modo de melhorar as práticas futuras, melhorando a capacidade pessoal para comunicar, aprender e cooperar e fundamentalmente relacionar teoria e prática. Oliveira *et al.* (2007) são de opinião que “*quem não se sentir atraído pela vontade de mudar e inovar não será autónomo; continuará dependente, condenando a si mesmo a prática de reproduções*” (*ibidem*, p. 44) e Walker (1996) é claro ao considerar que a reflexão pode levar a um novo entendimento e apreciação que pode ser usado na experiência futura.

Objectivos da reflexão

Nos objectivos da reflexão o estudante explicita as suas intenções ao realizar o processo reflexivo, nomeadamente *desenvolver atitudes, desenvolver comportamentos, adquirir conhecimentos, tomar consciência de si e desenvolver aprendizagem* (quadro 65).

Quadro 65: Objectivos da reflexão

OBJECTIVOS DA REFLEXÃO	
Desenvolver atitudes	Auto-confiança Adquirir auto-confiança profissional Adquirir auto-confiança pessoal
	Apurar o pensamento crítico Assertividade
	Reflexividade Sobre a acção Sobre as situações Sobre a conduta pessoal
	Confiança nos outros
Desenvolver comportamentos	Adequação de comportamentos Reformulação de acções Acção mais firme em situações semelhantes Acção com mais certeza no futuro
Adquirir conhecimentos	Aquisição de novas informações Aquisição de conhecimentos das situações Aquisição de conhecimentos da vivência profissional Aquisição de conhecimento dos saberes pessoais Aquisição de melhor conhecimento das práticas pessoais Perceber o como e o porquê das práticas
Tomar consciência de si	Tomar consciência de si enquanto pessoa Tomar consciência de si enquanto profissional Tomar consciência da sua importância no processo de cuidados
Desenvolver aprendizagem	

As atitudes que os estudantes expressam desenvolver pelo processo reflexivo são essencialmente o desenvolvimento da auto-confiança profissional e pessoal, sendo referido que a reflexão *“Serve também para irmos adquirindo conhecimentos ao longo das nossas vivências não só em termos profissionais mas também no dia-a-dia para assim nos tornarmos mais confiantes em nós próprios como futuros profissionais, mas também como pessoas.”* [RB2]; serve para apurar o pensamento crítico: *“É esta procura (pela reflexão) que coadjuvará progressivamente para um aperfeiçoamento do meu pensamento crítico”* [RJ1] e a assertividade: *“A reflexão em enfermagem e, no meu ponto de vista em todas as dimensões do nosso quotidiano, ajuda-nos a aprender com as nossas acções de modo a caminhar continuamente para o ponto de excelência, de modo a tornarmo-nos cada vez mais assertivos nas nossas atitudes”* [RD1]. A capacidade reflexiva sobre a acção, sobre as situações e sobre a conduta pessoal, bem como a confiança nos outros constituem elementos de reflexividade que os estudantes almejam expandir.

Quanto ao desenvolvimento de comportamentos, este é também expectável pelos estudantes, que esperam conseguir a adequação de comportamentos, a reformulação de acções, ter uma acção mais firme em situações semelhantes e o desenvolvimento de acções com mais certeza no futuro.

O processo de desenvolvimento de atitudes e comportamentos é referido por um estudante que expressa:

“Esta reflexão tem como principal objectivo o desenvolver da aprendizagem, dando-nos oportunidade para tomarmos consciência de quem somos e da nossa importância no processo de cuidados. Para tal, é necessário ter espírito crítico e questionarmo-nos relativamente às nossas práticas, procurando perceber o como e o porquê dessas práticas, e caso as nossas acções não sejam as mais acertadas, torna-se necessário reformula-las. A partir da reflexão irei adquirir um melhor conhecimento dos meus saberes e práticas, uma vez que o facto de reflectir proporciona a oportunidade de compreender a razão pelo qual se agiu de determinada maneira para posteriormente conseguir fazer melhor, se possível.” [RB4].

O desenvolvimento do estudante pelo processo reflexivo é descrito enquanto achado por autores nos seus estudos em torno dos processos reflexivos com estudantes de enfermagem (por ex.: Lauterback e Becker, 1996; Burton, 2000; Williams, 2001; Glaze, 2001; 2002; McCance, 2003; Chabeli e Muller, 2004; Kuiper e Pesut, 2004).

Os estudantes consideram que um dos objectivos da reflexão é a aquisição de conhecimentos. Esta aquisição é expressa enquanto *aquisição de novas informações, aquisição de conhecimentos das situações, aquisição de conhecimentos da vivência profissional, aquisição de conhecimento dos saberes pessoais, aquisição de melhor conhecimento das práticas pessoais*, bem como *perceber o como e o porquê das práticas*. Esta concepção de reflexão centrada nos objectivos da mesma é congruente com os achados nesta investigação, como já apresentado no capítulo 5, pois que foram identificadas aquisição e construção de conhecimento em áreas como: conhecimento empírico, conhecimento ético-legal, conhecimento pessoal e conhecimento reflexivo. Deste modo, o processo de investigação realizado encerra em si próprio elementos de triangulação, que permitem a assunção da existência de elementos de validação externa, transformando-o num processo de investigação que buscando a particularidade encontra o todo no seu processo. Os resultados de investigações realizadas neste âmbito são também congruentes com estas concepções, nomeadamente os estudos realizados por Boud, 2005a; Higgs, 2005; Candy, 2005; Ferrier, Marrin e Seidman, 2005 e Ellström, 2006, que salientam processos de aquisição e construção de conhecimento no desenvolvimento da autonomia dos estudantes pela via de processos de reflexão.

Dentro dos objectivos da reflexão enunciados pelos estudantes participantes neste estudo *tomar consciência de si* é um deles. Este objectivo é entendido no sentido de *tomar consciência de si enquanto pessoa, tomar consciência de si enquanto profissional e tomar consciência da sua importância no processo de cuidados*. Este processo de tomada de consciência de si é narrado enquanto *“oportunidade para tomarmos consciência de quem somos e da nossa importância no processo de cuidados.”* [RF2], *“intenção de apurar o meu pensamento crítico, o modo de reflectir sobre a minha conduta”* [RD3] e *“tomarmos consciência de quem somos e da nossa importância no processo de cuidados”* [RB5].

O processo de tomada de consciência é descrito enquanto resultado do processo reflexivo realizado com estudantes de enfermagem, entre outros, por Graham (2000); Hoover (2002) e Elmholdt e Brinkmann (2006).

Globalmente, os estudantes consideram como objectivo do processo reflexivo *desenvolver aprendizagem*, expressando que *“Esta reflexão tem como principal objectivo o desenvolver da aprendizagem”* [RB4; 5], [RD5], [RE1; 2; 3; 4; 5] e que *“o processo reflexivo remete-nos para (...) o progresso do nosso percurso de aprendizagem”* [RD4], concepção esta consentânea com os achados nesta investigação anteriormente expressos, bem como por muitos autores que investigam os processos reflexivos.

Atitudes necessárias para fazer reflexão

Alguns estudantes expressam no início das suas narrativas que para se produzirem reflexões fecundas é necessário possuir um conjunto de atitudes, nomeadamente *ter espírito crítico, questionar os sentimentos, pensamentos e as práticas pessoais*, bem como *questionar as situações* e *desejar a busca de respostas* (quadro 66).

Quadro 66: Atitudes necessárias para fazer reflexão

ATITUDES NECESSÁRIAS PARA FAZER REFLEXÃO
Ter espírito crítico
Questionar os sentimentos pessoais
Questionar os pensamentos pessoais
Questionar as práticas pessoais
Questionar as situações
Desejo de busca de respostas

Estas atitudes, necessárias para fazer reflexão, na perspectiva dos estudantes, são expressas por dois deles do seguinte modo:

“Na minha opinião, o processo reflexivo remete-nos para a aquisição de conhecimentos, para o questionar de situações e para o progresso do nosso percurso de aprendizagem, permitindo deste modo, a adequação de comportamentos a uma determinada situação. O Enfermeiro que actue sempre com espírito crítico poderá adequar assertivamente os conhecimentos que possui à situação com que se depara.” [RD4].

“Esta reflexão tem como principal objectivo o desenvolver da aprendizagem, sendo essencial ter um espírito crítico e questionarmo-nos relativamente às nossas práticas, sentimentos e pensamentos, procurando perceber o porquê de cada um deles e caso as nossas acções não tenham sido as mais acertadas torna-se necessário reformula-las.” [RE5].

Estes excertos traduzem a incorporação do processo reflexivo por parte dos estudantes que lhes permite a construção de uma sabedoria prática pela reflexividade, abertura de espírito, envolvimento, compreensão e capacitação no processo de cuidados (Johns, 2004; 2005) e que

Bulman (2005) define como sendo habilidades necessárias para o desenvolvimento de um processo reflexivo associadas à síntese, julgamento e avaliação.

Importância da reflexão

No início das narrativas reflexivas há estudantes que se expressam relativamente à importância da reflexão. Consideram eles que a reflexão é o *caminho para a excelência*, conduz ao *êxito na prestação de cuidados*, é uma *oportunidade de compreender a razão da acção*, ajuda a pensar sobre as situações, a aprender com as acções, a mudar atitudes e comportamentos, tornando possível a *adequação assertiva de conhecimentos*. O processo reflexivo é também considerado enquanto *contributo para a aprendizagem pessoal e para a formação enquanto aluno e futuro profissional*, bem como *veículo de aquisição de saberes e de aquisição de competências* (quadro 67).

Quadro 67: Importância da reflexão

IMPORTÂNCIA DA REFLEXÃO
Caminho para a excelência
Êxito na prestação de cuidados
Oportunidade de compreender a razão da acção
Ajuda a pensar sobre as situações
Ajuda a aprender com as acções
Ajudar a mudar atitudes
Ajudar a mudar comportamentos
Possibilidade de adequação assertiva de conhecimentos
Contributo para a aprendizagem pessoal e profissional
Veículo de aquisição de saberes
Veículo de aquisição de competências

A importância da reflexão é narrada por um estudante, que refere:

“A reflexão em enfermagem, assim como em todas as situações que nos dizem respeito ao longo do nosso quotidiano, ajuda-nos a aprender com as nossas acções de modo a caminharmos continuamente para o ponto de excelência (...). Serve também para adquirirmos confiança em nós próprios e nos outros e para de certa forma nos ajudar a pensar sobre as situações com que nos vamos deparando ao longo da nossa vida não só na nossa profissão mas também em todas as outras situações de vida e assim conseguir adquirir novas informações e quem sabe até ajudar-nos a mudar certos comportamentos e atitudes que não sejam assim tão correctos.” [RB1].

Trata-se efectivamente de uma concepção que valoriza a importância da reflexão enquanto contributo para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, sendo-lhe atribuída a função de promover a aquisição de saberes e de competências. Do mesmo modo que para os entendimentos anteriores, a importância da reflexão expressa traduz grande parte dos achados desta investigação e é congruente com as concepções dos teóricos acerca da reflexão (por ex: Burnard, 1995; Palmer, Burns e Bulman, 1995; Alarcão, 2001; 2001a; 2003; Johns, 2004; Johns e Freshwater, 2005; Bulman e Schutz, 2005).

Processo de reflexão

Os estudantes expressam também a sua perspectiva quanto ao processo reflexivo, enquanto modo processual como este é desenvolvido. Consideram que este processo se inicia pela *percepção de situações experienciais significativas* após a qual realizam a *descrição da situação tal qual é percebida*, seguindo-se a *análise de toda a situação*, a *análise da conduta pessoal*, a *discussão acerca da acção*, a *avaliação da acção inicial* e por último a *formulação de novas perspectivas de intervenção* (quadro 68).

Quadro 68: Processo de reflexão

PROCESSO DE REFLEXÃO	
Percepção de situações experienciais significativas	Situações marcantes Situações de vida Situações que suscitam interesse Situações da profissão
Descrição da situação tal qual é percebida	
Análise de toda a situação	Exploração da situação vivenciada Análise dos factores intervenientes na situação
Análise da conduta pessoal	Introspecção consciente acerca dos sentimentos Introspecção consciente acerca dos pensamentos
Discussão acerca da acção	Introspecção consciente acerca das acções Reflexão crítica sobre as decisões Reflexão crítica sobre as acções desenvolvidas
Avaliação da acção inicial	Poder concluir se se pode ou não fazer melhor Poder concluir se o que se fez está ou não correcto
Formulação de novas perspectivas de intervenção	

O modo como os estudantes enunciam processualmente a realização da reflexão terá na sua base o guia de orientação que lhes foi fornecido e que, como já referido, enquadra conceptualmente as etapas processuais do processo reflexivo. O que consideramos importante salientar é que os estudantes fazem a apropriação do processo sugerido e utilizam-no para fazer os seus próprios enquadramentos para as narrativas reflexivas que realizam.

Relativamente à percepção de situações experienciais significativas, diz-nos um estudante:

“Qualquer gesto, qualquer olhar, qualquer momento, desde que constitua para nós, algo de verdadeiramente significativo, pode ser alvo da mais profunda e perfeita reflexão da nossa parte.” [R15].

Trata-se da apropriação de o que é ou pode ser um processo reflexivo, que traduz um profundo entendimento por parte do estudante acerca do que é o processo de reflexão.

Do mesmo modo, um estudante, acerca da descrição da situação tal qual é percebida refere: *“A minha reflexão estruturada inicia-se com a descrição da situação tal qual é percebida”* [RF4], denotando que a descrição da mesma será factual e isenta de juízos de valor. Quanto à análise de toda a situação, os estudantes expressam que nesta fase realizam a *exploração da situação vivenciada*, considerando a *análise dos factores intervenientes na situação*, processo que é expresso do seguinte modo:

“Com a elaboração desta reflexão estruturada, proponho-me a desenvolver um processo de análise crítica e a exploração de uma situação vivenciada no percurso clínico” [RH3].

“(...) reflexão com a análise dos factores intervenientes na situação” [RH4].

Alguns estudantes destacam no processo de análise da situação a análise da conduta pessoal, assinalando a introspecção acerca dos sentimentos e pensamentos nesse processo de análise.

A discussão acerca da acção realizada é discursivamente narrada pelos estudantes no sentido de realizar uma introspecção *consciente acerca das acções*, de fazer uma *reflexão crítica sobre as decisões e sobre as acções desenvolvidas*. Como refere um estudante, *“Com a elaboração desta reflexão estruturada, proponho-me a desenvolver um processo de análise crítica e a exploração de uma situação vivenciada no percurso clínico, efectuando uma introspecção consciente acerca dos sentimentos, pensamentos e acções inerentes á mesma e reflectindo crítica e construtivamente sobre as decisões/acções tomadas/desenvolvidas” [RH4].* Do mesmo modo, outro estudante refere que *“Ao reflectir acerca do que fazemos, analisamos a nossa conduta e podemos concluir se o que fizemos está ou não correcto, se se pode ou não fazer melhor.” [RB1].* Trata-se de uma concepção de análise reflexiva da situação centrada na análise da conduta pessoal com fins avaliativos (Johns, 2004), como expressam os estudantes na componente de *avaliação da acção inicial*.

Quanto à formulação de novas perspectivas de intervenção, esta é expressa como decorrendo da avaliação da acção inicial, como nos refere um estudante:

“(...) realizo uma avaliação da acção inicial, formulando uma nova perspectiva de intervenção.” [RF2].

A expressão acerca da formulação de uma nova perspectiva deixa antever a componente projectiva dessa conceptualização, presente nos processos de reflexão sugeridos no âmbito da aprendizagem experiencial (Kolb, Boyatzis e Mainemelis, 2000; Kolb e Kolb, 2006), bem como presente nos achados de investigações realizadas por Astor, Jefferson e Humphrys (1998); Liimatainen *et al.*, (2001) e Griffiths (2004).

Desvantagem da reflexão escrita

Além dos aspectos de concepção relativos ao processo reflexivo há estudantes que vêm desvantagens na reflexão escrita, nomeadamente pela dificuldade em expressar sentimentos e emoções. Neste sentido refere um estudante:

“Considero que reflectir é um acto de grande importância e incrementação pessoal, todavia cada vez que procuramos passar para o papel toda a essência da reflexão, muitos dos sentimentos, emoções...são perdidos na imensidão da folha branca! Jamais conseguiremos descrever tal e qual aquele momento que foi importante para nós, pelo que a pessoa que lê nunca o sentirá com a mesma intensidade com que nós o vivenciámos” [RJ1].

Trata-se de uma dificuldade expressa por vários estudantes, bem como por outros autores que estudam a construção de processos de reflexão, os quais passam pela explicitação da componente afectiva experimentada pelos estudantes perante várias situações (Johns, 2004; 2005). No entanto, o esforço de passar para o papel a componente afectiva presente na interação dos estudantes ou profissionais com as diferentes situações é considerado um aspecto de relevo no processo reflexivo, quer porque o processo pode ter início na resposta emocional do sujeito (Dewey, 1991), quer porque a análise dos sentimentos do próprio informam o processo de aprendizagem (Bulman, 2005), pelo que a focagem nos sentimentos positivos, bem como a tentativa de lidar com os sentimentos negativos permitem a construção de um processo de reflexão construtivo (Atkins, 2005), como, aliás é constatado neste estudo e já referido em capítulo anterior.

Concepções acerca do processo reflexivo no final das narrativas

No final das narrativas os estudantes tecem considerações acerca do processo reflexivo desenvolvido. Estas considerações, não sendo no seu conteúdo profundamente divergentes das expressões manifestadas no início das mesmas, acentuam e/ou aprofundam alguns aspectos já focados. Deste modo, no final das narrativas os estudantes narram a importância da construção narrativa no seu processo de *tomada de consciência*, emergindo aspectos de natureza cognitiva e metacognitiva nos seus discursos. Assinalam também os *contributos/utilidade, bem como a importância* que agora atribuem à construção das narrativas, nesta altura de modo mais reflectido e profundo, porque assente na sua experiência, e o facto de estas constituírem um *desafio com resultados gratificantes*, que classificamos em *outras expressões* (quadro 69).

Quadro 69: Concepções de reflexão expressas no final das narrativas

NO FINAL DA NARRATIVA	
Tomada de consciência	Cognitiva Metacognitiva
Contributos / Utilidade	Revisão de objectivos pessoais e profissionais Aprende a reflectir Maior desenvolvimento interior Desejo mais forte em se “cultivar” Contribui para a aprendizagem Permite reflectir sobre as práticas Retira ensinamentos úteis Aprendizagem de novos conhecimentos Aprendizagem de como agir em situações futuras Melhor entendimento do cliente Saber como actuar em situações semelhantes Aperfeiçoamento de estratégias para lidar com situações semelhantes
Importância	Muito positiva Compreensão do significado/importância da prestação de cuidados Amadurecimento de conhecimentos previamente adquiridos A reflexão é bastante importante em enfermagem É um instrumento de capacitação Aumenta a capacidade de aprender a partir das práticas
Outras expressões	Desafio com resultados gratificantes

Tomada de consciência

A tomada de consciência inferida dos discursos dos estudantes prende-se com as suas concepções acerca do processo reflexivo enquanto finalidade, pois que nas suas narrativas relacionam as suas aquisições em função do trabalho narrativo realizado. Estes discursos deixam antever uma tomada de consciência de natureza cognitiva, mas também metacognitiva (quadro 70).

Quadro 70: Tomada de consciência

TOMADA DE CONSCIÊNCIA	
Cognitiva	Desenvolvimento da capacidade reflexiva Fez pensar sobre questões que nunca se tinha colocado Fez pensar sobre toda a situação Percepção de capacidades Percepção de consecução de objectivos pessoais Ficou a saber que irá ser uma profissional mais atenta e melhor Compreendeu onde e porque errou Consciência de aprendizagem reforçada Consciência da necessidade de mobilizar conhecimentos Consciência de limitações e necessidades Consciência de crescimento pessoal Consciência de desenvolvimento de aprendizagem Consciência de estar a aprender a ser enfermeira Consciência de desenvolvimento Consciência de evolução Consciência de construção de saber Consciência de que é preciso reflectir
Metacognitiva	Aquisição de profundo conhecimento dos seus saberes

A diferente classificação feita para a tomada de consciência, cognitiva e metacognitiva, parece paradoxal, se considerarmos que a tomada de consciência, conseguida por processos de compreensão e consciência, podem por si só definir o pensamento reflexivo ou metacognitivo, pois como refere Glaze (2001) o processo de tomada de consciência inclui estar mais consciente das suas acções, ter *insight* no modo como as suas vidas influenciam as suas acções, ser mais realístico e confiante podendo evoluir para um sentimento de sabedoria.

No entanto, se atendermos às referências de Oliveira, Beltrão e Silva (2003) a componente cognitiva refere-se à capacidade de entendimento do sujeito relativo a onde, como e quando usar determinado desempenho, enquanto que a componente metacognitiva supõe uma condição avançada do conhecimento que um indivíduo possui sobre a sua própria cognição.

Assim, consideramos processos de tomada de consciência de natureza cognitiva as ditas “*percepções associadas à capacidade cognitiva de alta ordem que incluem vários níveis condicionais: a) O conhecimento da tarefa a ser realizada; b) autoconhecimento de capacidades e dificuldades para realizar a tarefa; c) conhecimento de interações entre conteúdos aprendidos e novos a serem empregados na realização da tarefa e d) conhecimento de estratégias a serem aplicadas*” (Flavell e Wellman, 1977, citados por Oliveira, Beltrão e Silva, 2003: 6). Estas condicionantes, segundo Flavell e Wellman, subsidiam a capacidade de um indivíduo para monitorizar sua própria forma de aprender e quando utilizadas de forma adequada e em sofisticadas projecções, estas capacidades definem o “status” metacognitivo do indivíduo, pelo

que a consideração de tomada de consciência de natureza metacognitiva é relativa à consciência que o estudante manifesta relativamente ao conhecimento dos seus saberes.

Os processos cognitivos expressos pelos estudantes de tomada de consciência referem-se a raciocínios discursivos relativos ao *desenvolvimento da capacidade reflexiva*, ao pensamento *sobre questões que nunca se tinha colocado*, à consciência de que a construção narrativa o fez *pensar sobre toda a situação*, a *percepção de capacidades* que desconhecia possuir, a *percepção de ter atingido objectivos pessoais*, bem como a expressão de ter ficado a saber *que irá ser uma profissional mais atenta e melhor*. Também expressões de compreensão de *onde e porque errou*, bem como expressões de ter *consciência de aprendizagem reforçada*, *consciência da necessidade de mobilizar conhecimentos*, *consciência de limitações e necessidades*, *consciência de crescimento pessoal*, *consciência de desenvolvimento de aprendizagem*, *consciência de estar a aprender a ser enfermeira*, *consciência de desenvolvimento*, *consciência de evolução*, *consciência de construção de saber* ou *consciência de que é preciso reflectir*, são considerados elementos cognitivos de tomada de consciência, embora consideremos tratar-se de elementos cognitivos de “alta ordem” como referem Oliveira, Beltrão e Silva (2003).

Alguns exemplos de discursos narrativos, entendidos enquanto aspectos cognitivos da tomada de consciência, permitem justificar a inferência realizada.

“Olhando para trás vejo que cresci em conhecimento e em experiência.” [RB4].

“Considero ter sido capaz de compreender a percepção que a D.C tem em relação aos seus próprios sentimentos e às suas vivências, através das informações que me transmitiu até agora e através da observação das suas mensagens não verbais.” [RG4].

“Pessoalmente creio que, com a realização desta reflexão estruturada, atingi os objectivos a que me propus inicialmente, isto porque a realização deste trabalho permitiu-me comparar a minha actuação com a bibliografia existente sobre o tema em questão.” [R14].

“A elaboração desta reflexão foi muito positiva, pois, na minha opinião, é essencial realizar uma consciencialização das minhas limitações e necessidades, permitindo ajustar as minhas acções a novas situações ou a manter aquelas. Esta situação contribuiu assim para o meu crescimento e permitiu-me reflectir acerca das acções e intervenções a desenvolver quando estiver perante uma situação semelhante.” [RF2].

“É urgentemente preciso reflectirmos para que aprendamos a ajudar-nos a nós próprios” [RJ1].

Estes excertos mostram a natureza cognitiva do processo de tomada de consciência, pois combinam conhecimentos decorrentes da experiência e a capacidade do estudante em reconhecer a utilização de desempenhos mais adequados para o seu processo de desenvolvimento.

Já a tomada de consciência considerada com contornos metacognitivos refere-se ao conhecimento que o sujeito tem do seu próprio conhecimento, ou seja a cognição da cognição

(Figueira, 2007) e que é expresso pela *aquisição de profundo conhecimento dos seus saberes*. A transcrição que a seguir se apresenta pretende dar conta deste processo:

“A realização deste trabalho constitui um importante instrumento de capacitação, na aquisição de um profundo conhecimento dos meus saberes e da minha prática. Aumentou a minha capacidade de aprender a partir das práticas permitindo que, quer o conhecimento quer a experiência seja fundamentado e sustentado pela teórica.” [R11].

Esta transcrição torna evidente que o estudante adquire conhecimento acerca do seu saber e da sua prática, componente metacognitiva do processo de tomada de consciência, bem como evidencia outros factores de natureza cognitiva, embora de ordem elevada, como o reconhecimento da capacidade de aprender a partir das práticas.

Contributos/Utilidade da reflexão

Bulman (2005a) sugere que a reflexão não é apenas pensar sobre a prática mas uma experiência de aprendizagem. Do mesmo modo os estudantes reconhecem o valor da reflexão pela possibilidade que encerra de permitir a *revisão de objectivos pessoais e profissionais, aprender a reflectir, constatar um maior desenvolvimento interior* e um *desejo mais forte em se “cultivar”*, que constituem ingredientes para um processo de aprendizagem fecundo e significativo. Quanto ao contributo da reflexão para a aprendizagem, os estudantes são inequívocos nos seus discursos narrativos ao afirmar a reflexão como contributo *para a aprendizagem*, que *permite reflectir sobre as práticas*, *retirar ensinamentos úteis*, bem como a *aprendizagem de novos conhecimentos, a aprendizagem de como agir em situações futuras* ou *saber como actuar em situações semelhantes* ou, ainda um *aperfeiçoamento de estratégias para lidar com situações semelhantes*, assim como um *melhor entendimento do cliente*.

Algumas expressões narrativas explicitam as concepções de reflexão, quanto ao seu contributo e utilidade.

“senti necessidade de reflectir, aproveitando para rever os meus objectivos pessoais e profissionais.” [RG1].

“Esta reflexão veio (...) contribuir para num futuro próximo, como profissional de enfermagem, saberei mais facilmente resolver situações idênticas e saberei pôr em prática este processo estruturado de prática reflexiva em outras situações que me marquem, pela positiva ou pela negativa. (...) São trabalhos como este, que permitem reflectir sobre a prática dos cuidados, e deste modo “procurar” o real fundamento de cada atitude que se tem, durante a nossa prática.” [R11].

Nestes dois excertos é verificável o entendimento dos estudantes acerca da utilidade da reflexão, não só porque permite a revisão de objectivos pessoais, mas também o seu contributo para a conceptualização de um desempenho de natureza projectiva e a procura do “real fundamento” das atitudes presentes nas práticas. Está presente que pela reflexão é possível a compreensão dos cuidados e do eu dos estudantes como pessoas e futuros profissionais. Estes

resultados do processo reflexivo, em termos de revisão de objectivos pessoais, para uma aprendizagem mais ajustada e significativa, bem como uma melhor compreensão dos cuidados e dos estudantes estão também documentados nos trabalhos de Perry (2000) e Bulman (2005a). Bulman (2005a) identificou pela discussão em torno dos trabalhos de reflexão conduzidos com estudantes que estes, pelo processo reflexivo, *“dão conta de que as situações em enfermagem são complexas, procuram compreender acerca do que é a enfermagem, tornam-se responsáveis e auto-avaliativos, questionam as rotinas e a ritualização nos cuidados, bem como desenvolvem e mudam a prática corrente”* (ibidem, p. 163).

Alguns estudantes narram o contributo da reflexão para um desenvolvimento interior cada vez maior, para a aprendizagem e para o estabelecimento de prioridades, bem como o conhecimento das consequências que advêm dos comportamentos tidos nas situações, como se pode verificar nas transcrições que se seguem.

“Um momento pode construir por si só um momento de aprendizagem, contudo se sobre ele nos debruçarmos e reflectirmos estaremos a colaborar para um desenvolvimento interior cada vez maior. Viver, só faz sentido se tivermos consciência de que estamos em permanente evolução interior.” [RJ1].

“esta situação suscitou em mim uma grande reflexão e neste momento interpreto a mesma como um factor que contribuiu para o meu desenvolvimento e para a minha aprendizagem” [RF1].

“Este exercício permitiu-me primeiro que tudo reflectir. Reflectir sobre as actividades desenvolvidas por mim, sobre as prioridades que devo estabelecer enquanto estudante e principalmente enquanto profissional e sobre as consequências que advêm dos comportamentos adoptados. Sem dúvida a importância da elaboração deste documento é notória e os objectivos da sua realização, foram sem dificuldade alcançados. Reflecti acerca das minhas acções, compreendi onde e porque é que errei e aprendi como agir em situações futuras.” [RD5].

Um outro estudante tece algumas considerações acerca do contributo que a reflexão tem para si, nomeadamente nos aspectos da comunicação com o doente afásico, dando-nos conta de que deseja manter no futuro a sua vontade em se cultivar.

“Considero que a reflexão acerca desta situação terá tido muito valor para mim, permitiu-me debruçar sobre conteúdos que por vezes são esquecidos, mas que são de extrema importância, por exemplo, a questão do estabelecimento de comunicação com o doente afásico (...). Para o futuro desejo que esta minha vontade de me cultivar continue cada vez mais forte e assim possa estar sempre pronta para enfrentar cada situação específica e consiga sempre a partir de cada vivência tanto na vida como na profissão tirar algo de produtivo e educador que forneça sempre força e conhecimentos para ajudar os outros.” [RB5].

Trata-se de um excerto que também nos dá conta da visão e resposta do estudante à sua formação e prática de cuidados através de “lentes” de reflexão apropriadas, de que nos fala Johns (1998), explícitas no seu desejo de autonomia e autodeterminação no processo de aprender.

Importância da reflexão

No final das narrativas os estudantes tecem considerações acerca da importância atribuída ao processo de reflexão realizado, das quais extraímos significados como sendo *muito positiva*, permite a *compreensão do significado/importância da prestação de cuidados* e o *amadurecimento de conhecimentos previamente adquiridos*. Permitiu-nos também constatar que os estudantes consideram *a reflexão bastante importante em enfermagem*, sendo considerada *um instrumento de capacitação* e que *umenta a capacidade de aprender a partir das práticas*.

Os aspectos relativos à consideração acerca da importância da reflexão expressos pelos estudantes são, todos eles, convergentes com as concepções de reflexão e importância da mesma no processo de aprendizagem expressa por vários teóricos, que sobre esta temática investigam. Por exemplo, Johns (2005) assinala a importância da reflexão em enfermagem pela resposta que esta envolve acerca da apreciação das situações de cuidados, da visão que é estimulada acerca do que se pretende com os cuidados praticados, no desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão apropriados, bem como no processo de avaliação. Também Watson (2005) aponta a importância da reflexão em enfermagem pelo movimento que é estimulado em direcção à sabedoria.

As narrativas dos estudantes acerca da importância que eles atribuem à reflexão para os seus processos de aprendizagem são também muito claras. Eles referem:

“A reflexão sobre esta situação foi muito positiva” [RF4].

“A reflexão é bastante importante na profissão de enfermagem porque nos ajuda a criar novas estratégias para lidar com as diferentes situações, como a desenvolver as já existentes, adaptando-as à situação em causa.” [RF5].

“pela análise de toda a reflexão, começo a perceber o significado ou a importância da prestação de cuidados de enfermagem a outros níveis” [RG2].

Trata-se da expressão inequívoca da importância da reflexão nos processos de aprendizagem em ensino clínico, na perspectiva dos estudantes, que de certo modo converge com os achados por nós inferidos pela análise das suas narrativas, nomeadamente pelos significados atribuídos às situações significativas experienciadas, pela interacção que os estudantes estabeleceram com essas situações, interacções de natureza afectiva, cognitiva e comportamental, bem como pelos modos de resposta activados nessa situações. Também a identificação de áreas de aquisição e construção de conhecimento, bem como áreas de aquisição e desenvolvimento de competências identificadas convergem e corroboram a importância atribuída às reflexões por parte dos estudantes, nas suas narrativas reflexivas.

Outras expressões

Nas concepções expressas pelos estudantes acerca do processo reflexivo realizado, um estudante considera, além de outros aspectos, já focados, que a reflexão se constituiu um *desafio com resultados gratificantes*, como expressa na sua narrativa:

“Esta reflexão permitiu um amadurecimento de conhecimentos adquiridos ao longo de três semanas e essencialmente um desafio com resultados gratificantes.” [RC2].

É também claro, nesta expressão, que o processo reflexivo, além de todos os atributos a ela referidos, é entendido como desafio e os resultados desse desafio são gratificantes. O estudante dá-se conta da sua evolução, não só como pensador crítico e reflexivo, mas também como um sujeito em evolução.

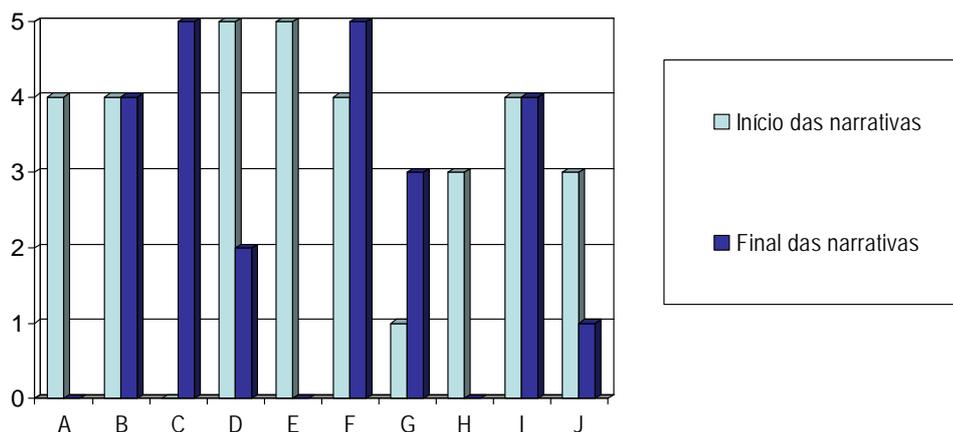
Factores de variabilidade

Nos temas apresentados nos capítulos anteriores procuramos realizar uma análise um pouco mais detalhada de cada um deles, procurando através de matrizes de intersecção perceber a ocorrência, ou não, de variações na expressividade dos sujeitos, no contexto onde foram realizadas as narrativas e na continuidade da sua elaboração. Do mesmo modo, realizamos matrizes de intersecção entre as concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas e os estudantes participantes, as áreas de ensino clínico e a continuidade narrativa na sua produção.

Variabilidade pessoal na expressão de concepções acerca da reflexão, no início e no final das narrativas

O gráfico 36 permite-nos observar a distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas em função dos estudantes.

Gráfico 36. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo os estudantes



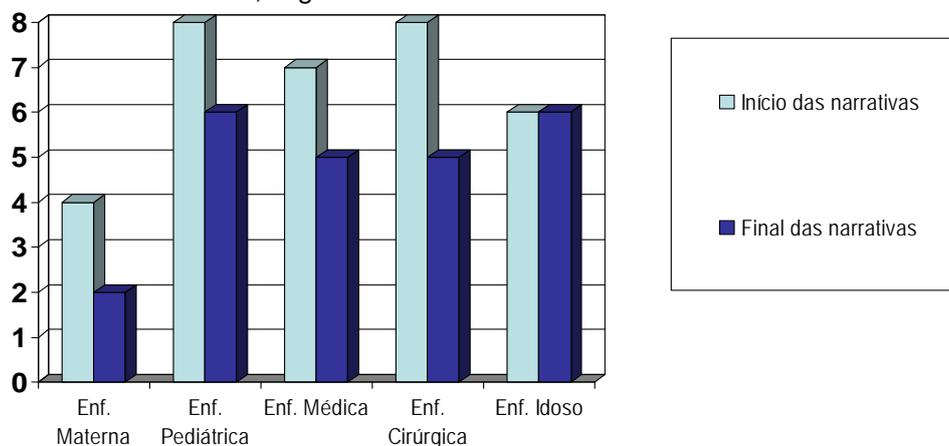
Verifica-se a existência de variabilidade entre os estudantes na expressividade e pregnância das concepções de reflexão expressas no início e final das narrativas. Três estudantes expressam as suas concepções de reflexão apenas no início das narrativas, enquanto que um só as expressa no final das narrativas. Quanto à pregnância das concepções expressas, verifica-se uma distribuição semelhante: dois estudantes expressam as suas concepções de reflexão no início das

narrativas, em todas as narrativas realizadas e do mesmo modo, dois estudantes expressam as suas concepções no final das narrativas, também em todas elas. A expressão de concepções no início das narrativas parece ser mais expressiva, quando comparado com as expressões no final das mesmas. Este resultado talvez possa ser explicado pela necessidade de os estudantes enquadrarem conceptualmente as suas narrativas, pelo que a sua expressividade é superior no início das narrativas, sendo que no final prevalecerá provavelmente a natureza mais subjectiva e pessoalidade de cada estudante, que considerará a oportunidade, ou não, de se manifestar em relação ao processo reflexivo realizado. Parece então estar presente a variação na expressão das suas concepções quanto ao processo de reflexão realizado, que é convergente com a concepção de idiosincrasia e subjectividade pessoais nos processos de aprender.

Variabilidade contextual na expressão de concepções acerca da reflexão, no início e no final das narrativas

Quanto à distribuição das concepções de reflexão expressas pelos estudantes em função da área clínica na qual realizaram as narrativas reflexivas, observa-se também alguma variação (gráfico 37)

Gráfico 37. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo a área de ensino clínico



A área de ensino clínico onde se observa maior expressividade nas concepções de reflexão, quer no início, como no final das narrativas é na área de enfermagem pediátrica, enquanto que a área na qual a expressividade é menor é na área de enfermagem materna. Nas áreas de enfermagem médica e enfermagem cirúrgica a variação é discreta, observa-se apenas uma maior expressividade de concepções de reflexão no início das narrativas produzidas na área de enfermagem cirúrgica e na área de enfermagem no idoso a expressão de concepções no início e final das narrativas tem igual expressividade.

À semelhança da variabilidade pessoal, acima apresentada, denota-se também aqui uma maior expressividade nas concepções de reflexão do início das narrativas, com excepção da enfermagem no idoso, que já foi referido se observar igual expressividade.

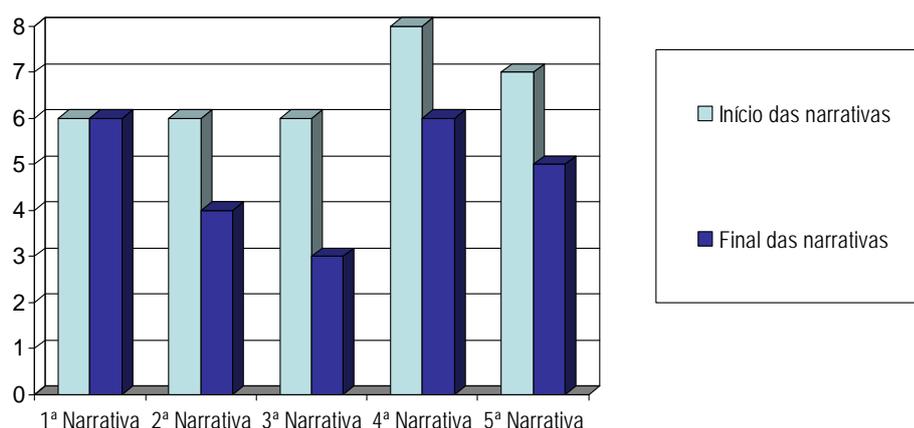
Quanto à pregnância das concepções expressas, verifica-se que em nenhuma das áreas de ensino clínico os estudantes as narram em todas as narrativas produzidas por área de ensino clínico.

A explicação para as diferenças nestas ocorrências pode dever-se aos processos de supervisão desenvolvidos nas diferentes áreas de ensino clínico, bem como à natureza das situações objecto de reflexão por parte dos estudantes.

Variabilidade na continuidade narrativa na expressão de concepções acerca da reflexão, no início e no final das narrativas

O gráfico 38 ilustra a distribuição das concepções de reflexão expressa em função da continuidade narrativa.

Gráfico 38. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo a narrativa



Parece observar-se uma certa tendência para aumentar a expressão de concepções acerca da reflexão no início das narrativas à medida que os estudantes vão realizando mais narrativas, nomeadamente a partir da terceira narrativa, enquanto que a expressão das suas concepções no final das narrativas apresenta flutuações ao longo das narrativas realizadas, denotando-se, no entanto um decréscimo de expressões no final das narrativas da primeira para a segunda e terceira narrativas e a partir desta um aumento para a quarta narrativa voltando a decrescer na última narrativa.

Do ponto de vista de pregnância de concepções acerca da reflexão narradas pelos estudantes, denota-se que em nenhuma das narrativas estas estejam presentes em todas as narrativas realizadas.

Apesar dos resultados relativos à distribuição da expressão de concepções acerca da reflexão narrados pelos estudantes não se afigurarem com importantes variações, considerando a

continuidade narrativa, Williams (2001) considera que a realização de reflexões deverá ser repetida e guiada no sentido do desenvolvimento do profissional reflexivo, bem como Hargreaves (1997) que sugere a reflexão deve ser continuada e sistemática com os propósitos referidos.

6.2. SIGNIFICADOS METANARRATIVOS

No final dos ensinamentos clínicos, que coincide com o final da construção de narrativas reflexivas, os estudantes participantes no estudo foram convidados a realizar metareflexões a partir da análise pessoal das suas narrativas. Como referido no início do capítulo, não foram fornecidas quaisquer orientações escritas ou mais elaboradas para a construção das metareflexões, no sentido de deixar em aberto o campo de possibilidades metanarrativas de cada estudante, permitindo assim a emergência da sua criatividade, singularidade e subjectividade na expressão das suas percepções acerca dos processos reflexivos realizados.

As metareflexões como mecanismo cognitivo fundamental na construção das condutas autónomas e cooperativas permitem a transcendência libertadora que configura a autonomia (Kim, 1999). A construção desta consciência crítica exige primeiro a apropriação do objecto de conhecimento, pela leitura prévia das narrativas, e depois a sua problematização dialógica, quando o estudante reflecte sobre essas narrativas e se questiona sobre a sua própria reflexão, num processo de *reflexão sobre a reflexão sobre a acção* (Zeichner, 1993; Schön, 1998). Esta reflexão permite que o estudante adquira e permaneça com um conhecimento que resulta da relação que estabelece entre a prática e a reflexão que sobre ela faz (Schön, 1998).

Deste modo, a análise do conteúdo metanarrativo foi feita no sentido da apreensão das percepções dos estudantes acerca do seu processo reflexivo, permitindo em primeiro lugar compreender o modo como é percebido o processo reflexivo pelos estudantes e depois, cruzar estas percepções, num processo de triangulação intrainvestigativa, com os achados nas narrativas reflexivas por eles produzidas e instrumentos de mediação utilizados.

O processo de análise permitiu-nos apreender os significados atribuídos pelos estudantes aos processos reflexivos realizados nos componentes: *temas debatidos nas narrativas, o mais relevante nas narrativas, aspectos positivos e negativos das narrativas, impacto pessoal da construção narrativa, apreciação pessoal quanto ao processo reflexivo, importância do guia orientador* e ainda obter *sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo* (quadro 71).

Os temas debatidos nas narrativas

Os estudantes, após a leitura das suas narrativas, tomam consciência de que as situações por eles consideradas mais significativas e em torno das quais realizam os seus processos reflexivos são relativas a *aspectos relacionados com a relação com os doentes e a comunicação não verbal com os clientes* (quadro 72).

Quadro 71: Significados atribuídos ao processo reflexivo

SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS AO PROCESSO REFLEXIVO
Temas debatidos nas narrativas
O mais relevante nas narrativas
Aspectos positivos e negativos das narrativas
Impacto pessoal da construção narrativa
Apreciação pessoal quanto ao processo reflexivo
Importância do guia orientador
Sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo

Quadro 72: Temas debatidos nas narrativas

TEMAS DEBATIDOS NAS NARRATIVAS	
Aspectos relacionados com a relação com os doentes	Situações que suscitaram mais interesse Situações de aprendizagem
Comunicação não verbal com os clientes	Aspecto de maior dificuldade pessoal

Os aspectos relacionados com a relação com os doentes são considerados pelos estudantes como situações que lhes suscitaram mais interesse, bem como situações de aprendizagem. A este propósito refere um estudante:

“(...) após uma apreciação sobre as minhas reflexões estruturadas, posso denotar que me fui debruçando sobre temas voltados para a relação com os doentes. Foram de certo as situações que mais me suscitaram interesse.” [MTA].

Referindo ainda que *“Em todas elas (narrativas) houve sempre elementos facultadores de aprendizagem”* [MTA], o mesmo estudante extrai a partir da leitura das suas reflexões um elemento que considera surpreendente nas suas narrativas:

“Após a nova leitura das reflexões estruturadas por mim elaboradas, posso retirar um aspecto bastante surpreendente, e que acabou por ser testemunhado em muitas ocasiões, exteriores até às que apresentei, que é o facto de, bem mais importante que executar um procedimento técnico de forma perfeito, é estarmos atentos aos sinais de desconforto, às preocupações, entre outras particularidades, que emanam do nosso utente.” [MTA].

Trata-se, efectivamente, da aquisição de um conhecimento que resulta da relação que o estudante estabelece entre a prática e a reflexão que sobre ela se faz, como refere Schön (1998).

A comunicação não verbal com os clientes é outro dos temas considerados pelos estudantes como um dos mais debatidos nas suas reflexões. Um dos estudantes refere:

“Eu foquei muito nas minhas reflexões o aspecto da comunicação não verbal, pois foi sem dúvida na comunicação não verbal que tive mais dificuldades, pois muitas vezes há gestos e expressões que nos escapam e que podem estar a ser sentidas pelo utente a quem estamos a prestar cuidados.” [MTC].

Denota-se neste excerto que o estudante ao dar-se conta do tipo de situações que mais foca nas suas reflexões as identifica como sendo a área na qual teve mais dificuldades.

Estes aspectos não são claramente convergentes com os nossos resultados na análise das narrativas, quanto à natureza das situações significativas que ocorreram com mais expressividade. Estas são situações centradas no cliente com predomínio expressivo nas suas expressões emocionais. No entanto, a intervenção do estudante face às expressões emocionais do cliente ou familiares desenvolve-se na componente de relação, seja de contacto, comunicação ou interacção, razão pela qual pensamos que os estudantes percebem essas situações enquanto situações de relação, pois a sua focagem está na sua intervenção, e não nas questões/problemas do cliente que geram essas respostas de natureza cuidativa, as quais, como refere o estudante A, são “sem dúvida” as situações percebidas como as mais difíceis, pois estão imbuídas da natureza intersubjectiva presente em qualquer relação que encerra e faz emergir o incerto, o desconhecido, o “3º incluído”, como refere Sá-Chaves (2000; 2000a; 2002).

O mais relevante nas narrativas

Nas suas metareflexões os estudantes expressam o que, nas suas perspectivas, foi mais relevante na construção das narrativas reflexivas. Mais relevante, no sentido de mais importante, enquanto significados pessoais atribuídos à construção das narrativas reflexivas, após a sua leitura. Deste modo, os estudantes percebem que a realização de narrativas reflexivas ao longo de vários ensinamentos clínicos *lhes orienta o pensar sobre aspectos significativos, orienta a aprendizagem do pensar para avaliar as intervenções realizadas, despertam a curiosidade científica e promove a aprendizagem* (quadro 73).

Quadro 73: O mais relevante nas narrativas

O MAIS RELEVANTE NAS NARRATIVAS
Orienta o pensar sobre aspectos significativos
Orienta a aprendizagem do pensar para avaliar as intervenções realizadas
Despertam a curiosidade científica
Promove a aprendizagem

O processo de pensamento sobre experiências significativas, estimulado e orientado pela realização de reflexões, é percebido pelos estudantes como “indispensável”, pois é através desse pensamento que é possível extrair “os pontos mais significativos”, como nos refere um estudante.

“ (...) entendo que o indispensável é repensar nesses acontecimentos, e deles rebuscar os pontos mais significativos, para que possamos evoluir cada vez mais. Este aspecto foi facilitado com a execução das reflexões estruturadas” [MTA].

Além do pensamento sobre situações experienciais que permite extrair aspectos significativos dessas mesmas situações, os estudantes consideram que o processo reflexivo também lhes permite a avaliação das suas intervenções.

“ (...) aprendemos a pensar, afim de avaliar as nossas intervenções.” [MTA].

Do mesmo modo, os estudantes percebem o seu processo reflexivo enquanto promotor da sua aprendizagem e estimulante da curiosidade científica.

“ (...) acabei por aprender sempre alguma coisa com estes trabalhos, pois levou-me a fazer pesquisas bibliográficas” [MTB].

Também Perry (2000), Glaze (2001) e Bulman (2005b), entre outros, em estudos que incluíram a percepção dos estudantes acerca do seu processo reflexivo, encontraram significados atribuídos pelos estudantes ao processo reflexivo realizado relativos ao seu processo de auto-desenvolvimento, análise de experiências pessoais, bem como o estímulo ao estabelecimento de relações entre a teoria e a prática. É ainda descrito por Bulman (2005b) que os estudantes referem a facilitação do desenvolvimento pessoal e a sua mudança e desenvolvimento enquanto pessoas com impacto nas suas práticas.

Aspectos positivos e negativos das narrativas

A análise das metareflexões realizadas pelos estudantes permite perceber que aqueles entendem o processo reflexivo realizado com aspectos positivos e aspectos negativos.

Aspectos positivos das narrativas

Os aspectos positivos do processo reflexivo na perspectiva dos estudantes são de que este é estimulante, coadjuvante, contributivo e progressivo. Estimulante, no sentido em que *estimula a auto-crítica, a auto-avaliação, a partilha com os colegas, a análise e reflexão crítica, a reflexão sobre experiências vividas, a formação colectiva, a busca de conhecimento intrapessoal, o pensamento crítico e o desejo de ir sempre mais além.*

Coadjuvante, pois que ajuda a *criar novas estratégias para lidar com diferentes situações, a modificar atitudes e a ajustar as atitudes às diferentes situações* e contributivo, porque *contribui para a aprendizagem, contribui para a qualidade da prática futura, contribui para a formação e desenvolvimento pessoal, contribui para a formação e desenvolvimento profissional, bem como contribui para a qualidade da prática futura, para a obtenção de conhecimento e para ser membro activo na construção de conhecimento.* O carácter progressivo imputado pelos estudantes às reflexões realizadas é relativo à *continuidade narrativa* que permitiu a *progressão estrutural e a progressão na linguagem* (quadro 74).

Quadro 74: Aspectos positivos das narrativas

ASPECTOS POSITIVOS DAS NARRATIVAS		
Estimulante	Estimula a auto-crítica Estimula a auto-avaliação Estimula a partilha com os colegas Estimula a análise e reflexão crítica Estimula a reflexão sobre experiências vividas Estimula a formação colectiva Estimula a busca de conhecimento intrapessoal Estimula o pensamento crítico Estimula ir sempre mais além	
Coadjuvante	Ajudou a criar novas estratégias para lidar com diferentes situações Ajuda a ajustar as atitudes às diferentes situações Ajuda a modificar atitudes	
Contributiva	Contribui para a aprendizagem	Instrumento exímio para a formação e aprendizagem
	Contribui para a formação e desenvolvimento pessoal	Pela reflexão sobre outras realidades de vida Pela maior abertura pessoal Pela ampliação de horizontes pessoais Pelo conhecimento das potencialidades pessoais Pelo conhecimento das limitações pessoais Pela busca daquilo que somos Pela força para continuar a lutar por objectivos pessoais
	Contribui para a formação e desenvolvimento profissional	Na comunicação com os clientes Na relação de ajuda com os clientes Na prática ética Pela reflexão sobre a acção Pela reformulação da intervenção, se não ajustada Pelo questionamento dos profissionais acerca das suas acções
	Contribui para a qualidade da prática futura Contribui para a obtenção de conhecimento Contribui para ser membro activo na construção de conhecimento	
Progressiva	Continuidade narrativa	Progressão estrutural Progressão na linguagem

A análise das reflexões feita pelos estudantes permitiu-lhes perceber que aquelas são estimulantes, pois *estimula a auto-crítica* e a *auto-avaliação*, como é relatado por um estudante:

“leva-nos a adoptar uma conduta crítica acerca de nós mesmos e mesmo uma postura de auto-avaliação das nossas intervenções.” [MTA].

A *análise e reflexão crítica* são habilidades que os estudantes consideram ter sido também estimuladas pelas reflexões realizadas, bem como a *reflexão sobre experiências vividas* e a *formação colectiva*, como ilustram as transcrições que se seguem.

“Assim, julgo pertinente a realização das reflexões estruturadas, uma vez que nos estimula para um momento de análise e reflexão crítica pessoal” [MTF].

“Estas reflexões contribuíram para a minha aprendizagem e evolução no sentido da prática futura, fez-me evoluir a nível pessoal porque me fez reflectir sobre as experiências por mim vividas” [MTI].

“ (...) o benefício major prende-se com a reflexão, auto-avaliação que fazemos acerca de nós mesmo, e até partilha com colegas acerca de temas debatidos, contribuindo para a formação pessoal, profissional e colectiva.” [MTA].

As habilidades de auto-crítica e auto-avaliação, bem como as capacidades de análise e reflexão crítica são capacidades consideradas centrais no processo reflexivo (Atkins, 2005). A análise crítica é a habilidade chave no processo reflexivo e envolve a separação do todo nas partes que o compõem para um exame detalhado da estrutura ou partes constituintes, no sentido da obtenção de um profundo conhecimento da sua natureza e de que modo é que as partes se relacionam e se influenciam entre si (Atkins, 2005). A estratégia considerada mais adequada ao desenvolvimento daquelas habilidades é a reflexão escrita (Glaze, 2001). Glaze (2001) num estudo exploratório com estudantes de enfermagem descreve o desenvolvimento da auto-responsabilização, maior capacidade de análise crítica e o esforço dos estudantes no aperfeiçoamento de capacidades de síntese e avaliação no desenvolvimento de estratégias de reflexão, como também relatam os estudantes neste estudo. Reflectir sobre a reflexão sobre experiências vividas constitui um dos processos de reflexão na teoria de Schön: *a reflexão sobre a reflexão sobre a acção*. Reflectindo sobre a reflexão sobre a acção o estudante desenvolve um processo de revisão do seu próprio repertório de experiências clínicas e conhecimento para construir novas abordagens para situações clínicas complexas (Bulman, 2005).

A auto-avaliação é um processo pessoal no qual o sujeito se auto-examina (Atkins, 2005), sendo considerado por Heron (2005) o elemento central para manter e desenvolver *standards* para a prática profissional. Atkins (2005) considera a auto-avaliação um importante componente da prática reflexiva, bem como da educação profissional. Curiosamente também os estudantes expressam esta componente como um dos factores positivos do processo reflexivo, denotando a valorização do processo auto-avaliativo como factor de crescimento pessoal, pela responsabilização no processo de auto-regulação da sua aprendizagem. Este elemento é congruente com os achados da análise das suas narrativas reflexivas, da qual emergiu como factor de interacção cognitiva com as situações narradas a auto-avaliação, analisada enquanto elemento do processo de auto-regulação percebido nos discursos narrativos dos estudantes.

A consideração, pelos estudantes, de que o processo de reflexão realizado foi um estímulo *na busca de conhecimento intrapessoal* é também narrada, enquanto aspecto positivo do processo reflexivo.

"Não posso deixar de assumir que os momentos reflexivos, bem como a elaboração da reflexão sejam de facto um momento único da busca de conhecimentos em nós mesmos. (...) acaba por incitar na busca mais minuciosa do conhecimento de nós mesmos que afinal é um dos fins que quero alcançar na vida." [MTJ].

No excerto transcrito o estudante apreende o processo reflexivo como um processo único na procura de conhecimento intrapessoal, conhecimento considerado privado (Kim, 2000; Candy, 2005), pois está ancorado na experiência pessoal e na compreensão acerca dessa experiência. Aceder a este conhecimento é para o estudante um processo pessoal de se compreender como ser aprendente, de perceber os modos pelos quais aprende melhor novos materiais, as suas motivações, o seu nível de tolerância face ao ambíguo e como é que interage com os outros (Candy, 2005). Naturalmente, trata-se de um conhecimento que exige a auto-transcendência para

se conhecer a si próprio, naquilo que é, e conhecer aquilo que conhece, pelo diálogo com o seu próprio conhecimento, que constitui o elemento chave do conhecimento dito metacognitivo (Ribeiro, 2003; Figueira, 2007).

O *pensamento crítico* é também percebido como habilidade estimulada pelo processo reflexivo.

"Apesar de este não ter sido um processo fácil, reconheço que tem as suas vantagens. Sem dúvida que o elaborar de uma reflexão deste tipo estimula o pensamento crítico." [MTE].

A consideração acerca do processo reflexivo como factor positivo inclui a apreciação de que aquele coadjuva a criação de *novas estratégias para lidar com diferentes situações*: *"A reflexão é importante, visto que, me ajudou a criar novas estratégias para lidar com as diferentes situações como as desenvolver, adaptando-me à situação em causa."* [MTI]; ajuda a *modificar atitudes* e o seu ajuste às *diferentes situações*: *"a realização das reflexões estruturadas (...) ajudando-nos a modificar as nossas atitudes ou a ajustar as já existentes às diferentes situações."* [MTF].

Enquanto factor positivo de natureza contributiva para a aprendizagem, o processo reflexivo é considerado pelos estudantes um "instrumento exímio para a nossa formação", como a seguir transcrevemos.

" (...) apoio que uma reflexão estruturada é um instrumento exímio para a nossa formação e aprendizagem enquanto futuros profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, e mais minuciosamente como pessoas, dado que leva-nos a adoptar uma conduta crítica acerca de nós mesmos e mesmo uma postura de auto-avaliação das nossas intervenções." [MTA].

" (...) estas reflexões contribuíram para a minha aprendizagem" [MTF].

Os estudantes apreendem o processo reflexivo como factor positivo que contribui para a sua formação e desenvolvimento pessoal *pela reflexão sobre outras realidades de vida*, pela constatação de uma *maior abertura pessoal, ampliação de horizontes pessoais, conhecimento das potencialidades e limitações pessoais*, bem como *pela força para continuar a lutar por objectivos pessoais e pela "busca daquilo que somos"*, como nos relata um estudante.

" (...) Desta forma, partimos em busca dos nossos limites, de agir, de sentir, de pensar... descobrindo um pouco de nós mesmos, daquilo que somos, um reflexo daquilo que podemos vir a ser!" [MTJ].

A percepção de desenvolvimento profissional enquanto contributo das reflexões é narrado pelos estudantes ao darem conta da sua evolução na comunicação e relação de ajuda com os clientes, no exercício de uma prática eticamente informada, bem como pela reflexão sobre a acção, reformulação da intervenção, se não ajustada, e pelo questionamento dos profissionais acerca das suas acções. A constatação de crescimento pessoal e profissional, pela consecução dos objectivos da reflexão, é narrado por um estudante do seguinte modo:

“Penso que os objectivos foram atingidos, contribuindo assim para o meu desenvolvimento e crescimento tanto a nível pessoal como profissional.” [MTF].

O contributo do processo reflexivo para a qualidade da prática futura é também percebido pelos estudantes, quando referem, por ex: “ (...) *estas reflexões contribuíram para a (...) qualidade na prestação dos cuidados.*” [MTF].

A consideração de que os processos reflexivos contribuem para a qualidade dos cuidados é controversa e questionada por vários autores. Docherty, Boud e Cressey (2006) relatam benefícios da reflexão colectiva na melhoria das condições de trabalho, nomeadamente na cultura organizacional e gestão e Jarret e Johns (2005) identificaram melhorias no processo de acolhimento dos clientes, bem como nas tomadas de decisão para a realização de cuidados com resultados sensíveis a esses cuidados, após contextos de reflexão sobre as práticas. Dewey (1991) considera a reflexão no centro da aprendizagem experiencial, estando intimamente associada com a acção, em particular com a resolução de problemas e Breidensjö e Huzzard (2006) numa investigação conduzida em torno da reflexão em contextos de trabalho concluem que os profissionais obtiveram conhecimento profissional actual e ganharam competência profissional. Também Barnett (2005) relata o desenvolvimento de relações terapêuticas mais efectivas dos enfermeiros com os clientes com DPCO, após a realização de uma experiência em torno da reflexão sobre as práticas de cuidados. Watson (2005) considera que a prática reflexiva intersecta noções de competências transpessoais e ontológicas que reorientam o trabalho a partir de dentro do próprio profissional para uma prática de cuidados responsável, consciente e intencional nas respostas cuidativas. No entanto, Bulman (2005) alerta para o facto de muitas investigações em enfermagem serem de pequena escala e por vezes realizadas pelos professores com os seus próprios estudantes, o que pode gerar viés nas conclusões, pelo que recomenda a realização de investigação com evidências acerca do processo reflexivo. Também Heath (1998), Andrews, Gidman e Humphreys (1998) e Burton (2000) referem que os resultados da investigação acerca da reflexão em enfermagem não são suficientemente bons, recomendando a realização de estudos que demonstrem que a reflexão faz a diferença nos cuidados prestados ao cliente.

Apesar destes aspectos, Schutz, Angove e Sharp (2005) afirmam a necessidade da reflexão para equipar os estudantes com as habilidades necessárias para aprenderem a partir do que vêem e experienciam nas práticas de cuidados.

Nos aspectos considerados positivos, os estudantes expressam que a construção das narrativas contribui para a obtenção de conhecimento, evidenciando também ter sido um processo reflexivo no qual se perceberem como “*membro activo na construção de conhecimento*”, cuja transcrição que se segue procura ilustrar.

“Lançando um olhar sobre o ano que passou, entrecruzando-o com a caminhada reflexiva, considero que tenha sido uma mais valia, dado que reflectir sobre aquilo que vivemos, que sentimos, a forma como agimos, o que rege a nossa conduta como pessoas que somos, é inquestionavelmente a forma mais simples de obtermos conhecimento. (...) é o espaço reflexivo, onde nós próprios podemos ser membros activos na construção de conhecimento” [MTJ].

A noção de que o processo reflexivo realizado foi um processo progressivo é relacionado com a continuidade do processo reflexivo e que é entendido ter sido promotor de progressão estrutural e da própria linguagem.

“Ao ler estas cinco reflexões senti que houve ao longo das mesmas uma progressão tanto a nível estrutural como de linguagem e resposta às questões orientadoras. (...) Ao longo das mesmas tentei ir sempre mais além, tendo por base a pesquisa bibliográfica que me ajudou a compreender melhor as diferentes situações.” [MTF].

Embora na análise das narrativas não tenhamos considerado os elementos estruturais ou da própria linguagem, esta revelação é interessante, pois aduz mais um factor favorável ao desenvolvimento de processos reflexivos com continuidade, mais do que ocorrências dispersas, pelas quais será difícil os estudantes perceberem o seu desenvolvimento, nomeadamente nas dimensões apontadas.

Aspectos negativos das narrativas

Alguns estudantes consideram que o processo narrativo possui aspectos negativos, nomeadamente os que se relacionam com a definição de prazos de entrega, com a estrutura proposta no enquadramento para a realização das narrativas que consideram ser *“rígida”*, bem como considerarem ter sido um trabalho duplicado, pela ocorrência de outros processos reflexivos, no mesmo ensino clínico. Por isso, consideram terem sido *demasiadas reflexões* e ainda a percepção de que as narrativas têm um cunho *“invasivo”* e foram objecto de avaliação inadequada (quadro 75).

Quadro 75: Aspectos negativos das narrativas

ASPECTOS NEGATIVOS DAS NARRATIVAS		
Data limite de entrega	Pode não ocorrer nenhuma situação significativa nesse prazo	
Estrutura "rígida"	Condiciona o modo como se escreve Ter um guia orientador	
Trabalho duplicado Demasiadas reflexões É invasiva		
Avaliação inadequada	Não compreensão das narrativas enquanto instrumento de avaliação	Subjectividade do avaliador Vantagem dos estudantes que têm maior facilidade de expressão escrita Diferença de critérios na orientação Factor de maior peso na classificação Avaliação centrada no que escrevia e não no que fazia Não concorda com cotação que tem no final do estágio A avaliação viola a personalidade daquele que narra
	Classificação cega	Centrada nos tópicos do guia orientador
	Diferenças nos critérios de avaliação	

A data limite de entrega foi considerado um aspecto negativo, no sentido em que *“(…) poderá ocorrer que, dentro do prazo limite de entrega o estudante não encontre nenhuma situação*

marcante que possa debater na reflexão” [MTA], enquanto que a consideração de que a estrutura proposta para as narrativas é “rígida” prende-se como o facto de alguns estudantes entenderem que “ (...) esse facto condiciona a forma como escrevemos.” [MTB], e, refere outro estudante:

“O primeiro dos aspectos menos positivos é precisamente o facto de esta ser uma reflexão estruturada, e para tal possuidora de um guia de elaboração, o qual devíamos seguir o mais rigorosamente possível.” [MTE].

É também considerado por alguns estudantes que as narrativas se traduziram em trabalho duplicado e foram demasiadas reflexões.

“Na minha opinião, não faz muito sentido realizar este tipo de reflexões apesar das vantagens enunciadas anteriormente, visto que já realizamos reflexões semanais que acabam por ter o mesmo objectivo” [MTB].

“Reflexões estruturadas foram demasiadas” [MTJ].

A perspectiva apontada por alguns estudantes de que terão sido demasiadas as reflexões realizadas durante o ano lectivo, prender-se-á, provavelmente, com a circunstância de em alguns ensinios clínicos os estudantes realizarem uma reflexão semanal, como refere um estudante, na primeira transcrição, que embora com objectivos diferentes, terão contribuído para esta percepção de que foram demasiadas as reflexões realizadas, bem como um trabalho duplicado. Quanto às reflexões semanais, Powell (2005) num estudo realizado com estudantes, também com a produção semanal de reflexões sem enquadramento próprio, refere que aqueles mencionavam, predominantemente, sentimentos experimentados e que embora a componente emocional tenha um importante papel em todo o processo de ensino e aprendizagem, elas eram raramente objecto de discussão aberta, pelo que a noção de repetição e duplicação de conteúdo emerge na apreciação que os estudantes fazem do seu processo reflexivo. Deste modo, estas podem ser consideradas um obstáculo à aprendizagem, bem como criar barreiras insuperáveis, perante situações não familiares, se o processo reflexivo não possuir objectivos e enquadramento próprios e se o papel do professor não expresse, desde o início do processo, numa atmosfera de apoio, verdade e confiança que estimule nos estudantes o livre exercício do seu julgamento independente e a prossecução dos seus interesses pessoais.

O processo reflexivo pela via das narrativas é considerado ser um processo invasivo, pois, com explicita um estudante:

“A reflexão estruturada é algo muito pessoal, e ao contrário de muitos, considero que se torna um pouco invasivo, não só o facto de termos que escrever num papel um pouco de nós, mas também pelo facto de sermos praticamente obrigados a doar a quem lê, o direito de entrar no nosso interior. Cada vez que entrego uma reflexão é inevitável que todo esse sentimento se apodere de mim, afinal muitas das pessoas que as lêem são pessoas sobre as quais não detenho conhecimento praticamente nenhum.” [MTJ].

Este excerto aponta alguns riscos da reflexão escrita, já documentados por outros investigadores, principalmente quando esta ocorre num clima de pouca abertura e falta de

confiança entre estudantes e professores (por ex: Hagland, 1998; Cotton, 2001; Williams e Lowes, 2002 e Higgs, 2005).

Alguns estudantes expressam a sua não compreensão das narrativas enquanto instrumento de avaliação, pois que existe, na sua perspectiva, a *subjectividade do avaliador*, a *vantagem para os estudantes que têm maior facilidade de expressão escrita* e consideram existir também *diferença de critérios na orientação*. Schutz, Angove e Sharp (2005) consideram não haver dúvida de que os estudantes que possuem boas habilidades académicas de escrita estão em vantagem quando escrevem reflexões que serão avaliadas. Este aspecto é, na perspectiva dos autores, um perigo para os estudantes que escrevem o que eles pensam que o avaliador quer, não realizando um processo reflexivo genuíno, pelo que recomenda o uso de estratégias de avaliação compreensivas que tenham em conta a adopção de várias estratégias avaliativas.

Ainda enquanto instrumento de avaliação, em alguns ensinamentos clínicos a narrativa reflexiva tem um factor de maior peso na classificação e é referido que a avaliação é centrada no que se escreve e não no que se faz, expressando os estudantes a sua não concordância com a cotação que têm no final do estágio. É também referido que a avaliação *viola a personalidade daquele que narra*, como nos refere um estudante:

“A partir do momento em que um trabalho como este é avaliado viola-se toda e qualquer personalidade ainda existente. É julgado aquilo que sentimos, quando sentimos, como pensamos...invadido todo o nosso interior e como se isso não bastasse, tudo aquilo que escrevemos é posto em causa. Muitas vezes acusam-nos de escrever poesia, quando cada palavra é somente um pouco de nós, daquilo que somos!” [MTJ].

Quanto ao processo de classificação, este é também entendido como “*classificação cega*”, pois que em algumas circunstâncias é apenas centrada nos tópicos do guia orientador, sendo ainda referido que existem “*diferenças nos critérios de avaliação*”. Estes aspectos são-nos referidos por um estudante que diz:

“Entenda-se que todo este discurso não é directamente contra as reflexões estruturadas, mas sim contra a forma como muitas foram avaliadas ao longo deste ano e contra a ponderação que lhes era atribuída na nota final. Felizmente nem todos os professores caíram no mesmo erro, mas a verdade é que aqueles que estão um pouco mais afastados de uma supervisão directa no contexto em que o ensino clínico se desenvolve acabam por valorizar mais as reflexões, como se todos os alunos conseguissem transcrever para o papel tudo o que lhes vai na mente.” [MTE].

As duas transcrições anteriores evidenciam que a questão da avaliação da reflexão é problemática. Schutz, Angove e Sharp (2005) referem que realmente a avaliação do processo reflexivo constitui uma área acerca da qual pouco se conhece, sendo apontado que o conceito que se possui acerca da reflexão enquanto processo pode constituir um obstáculo à sua promoção, bem como à avaliação. A este propósito Hargreaves (1997) considera que a avaliação de uma boa prática reflexiva é difícil, porque não temos a certeza daquilo que procuramos, sendo

forçoso que se possua um a concepção exacta daquilo que estamos a avaliar. Também Stanton (2005) considera problemática a avaliação do processo reflexivo. O processo de avaliação da reflexão habitualmente realizada refere-se aos modos pelos quais os estudantes realizam estas actividades e a sua capacidade para reflectir sobre a sua própria prática, o que inclui o processo de reflexão, as habilidades necessárias para reflectir e os resultados da reflexão em termos de mudança, traduzindo o julgamento que é feito acerca da reflexão realizada (Schutz, Angove e Sharp, 2005). Deste modo avaliar reflexões exige de quem avalia um conhecimento profundo acerca do processo de reflexão, bem como do contexto na qual a mesma é produzida. No entanto, o debate documentado na literatura acerca da avaliação questiona se a avaliação deverá realmente ser feita sempre sobre tudo o que está expresso na reflexão, e deste modo, se não se tratará de uma contradição em termos de realizar julgamentos acerca daquilo que é um processo pessoal. Se a reflexão é considerada uma habilidade chave na consecução de objectivos de aprendizagem numa determinada disciplina e é desejável que tenha um impacto positivo nos cuidados, então o processo reflexivo deverá ser avaliado (Schutz, Angove e Sharp, 2005). A avaliação da reflexão é descrita enquanto processo sumativo (Dearmun, 1997, citado por Schutz, Angove e Sharp, 2005) e processo formativo, sendo que as tensões no âmbito da avaliação se reportam à avaliação da reflexão *per si* e acerca dos instrumentos usados para a mesma.

Palmer, Burns e Bulman (1995), consideram que se o processo de reflexão se orienta para a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas é importante que os estudantes vejam a sua aprendizagem como significativa e portanto avaliado, apontando ser necessário a construção de instrumentos de avaliação claros e sem ambiguidades. Este aspecto é também assinalado por Stanton (2005) que propõe um instrumento de avaliação, centrado no processo de auto-avaliação do estudante e não no julgamento unilateral do processo. Também Boud (2005a) considerando que a avaliação realizada por professores/mentores no contexto de processos reflexivos realizados pelos estudantes pode ser inibitória no desenvolvimento da sua autonomia, pelo que sugere que o processo de avaliação seja mais centrado na responsabilidade do estudante, num processo de avaliação co-partilhado com métodos de avaliação colaborativos, estimulando a auto-avaliação no processo de aprendizagem e indica a necessidade de se investigar métodos de avaliação apropriados ao encorajamento da auto-avaliação, no sentido de uma maior responsabilidade dos estudantes pelo seu processo de aprendizagem. Do mesmo modo, Heron (2005) considera que o controlo unilateral na avaliação dos estudantes pode gerar desmotivação, considerando mais ajustado no processo de avaliação factores intrínsecos ao próprio estudante como o interesse autêntico, o envolvimento nas várias questões, o excitação da procura e descoberta, o envolvimento pessoal na procura de padrões de excelência, bem como o debate, diálogo e discussão com os pares, defendendo a avaliação colaborativa. Pela sua experiência (Heron, 2005), os estudantes evidenciam consciência crítica e honestidade no processo auto-avaliativo, posição também defendida por Cowen (2005). Deste modo, compreende-se o modo como é percebido e apreciado o processo de avaliação das suas reflexões expresso pelos estudantes, pois deixa antever a existência de um processo algo “autoritário”, unilateral e “cego”,

no sentido em que em alguns contextos a reflexão produzida tenha sido objecto de julgamento centrado nas questões do enquadramento fornecido e não na aprendizagem do estudante, vista também por si próprio.

Este aspecto, constituindo uma questão de grande debate entre teóricos, bem como de apreciação negativa por parte dos estudantes participantes neste estudo, merecerá concertiza um estudo aprofundado sobre a questão da avaliação de processos reflexivos, nomeadamente em contexto de ensino clínico.

Impacto pessoal da construção narrativa

Os discursos produzidos pelos estudantes permitem perceber que o processo reflexivo teve impacto pessoal, no sentido de ter gerado mudanças e consequências pessoais. Os estudantes expressam, como resultantes pessoais do processo reflexivo a percepção de dificuldades, o processo de auto-conhecimento, a percepção de desenvolvimento, a mudança de atitudes, especificamente na atitudes de gestão do erro, a percepção de que é complicado narrar sentimentos, pelo sentimento inibitório e ainda a percepção de evolução na construção das reflexões – em termos de linguagem e em termos estruturais, como atrás apresentado.

A percepção de dificuldades, manifestada pelos estudantes, prende-se com as suas apreensões no início do processo. Os estudantes revelam o entendimento de que o processo reflexivo é difícil e essa dificuldade é descrita em termos de alguma *confusão*, *dificuldade na selecção de uma situação específica*, em torno da qual o processo reflexivo é desenvolvido, bem como apreensões iniciais quanto à estrutura proposta, sendo expressa a dificuldade em começar, não saber como redigir, mas também a constatação de que esses medos iniciais eram infundados (quadro 76).

A confusão e o começo difícil são referidos por alguns estudantes, quanto à realização do processo reflexivo e é expresso pelos estudantes do seguinte modo:

“(...) realizei 5 reflexões. Confesso que no início me fazia alguma confusão como é que poderíamos realizar uma reflexão sobre situações tão pessoais e íntimas, como passar para o papel todos os nossos sentimentos, questões e inquietações.” [MTB].

“Se no início não sabia muito bem do que e que se tratava, neste momento não tenho qualquer tipo de dúvidas na realização das mesmas.” [MTD]

“confesso que numa fase inicial foi-me bastante difícil começar a elaborar uma reflexão (...) Eu nem sequer sabia como haveria de redigir uma simples reflexão quanto mais uma estruturada” [MTE].

Nestas transcrições denota-se efectivamente a confusão inicial e alguma perplexidade relatada pelo primeiro estudante, no entanto a segunda transcrição evidencia que com o desenvolvimento do processo reflexivo as dúvidas iniciais já não fazem parte do universo nebuloso que poderá estar presente na realização dos processos reflexivos. O terceiro excerto mostra a percepção do estudante quanto à dificuldade percebida no início para iniciar a reflexão.

Quadro 76: Impacto pessoal do processo reflexivo

IMPACTO PESSOAL DO PROCESSO REFLEXIVO		
Percepção de dificuldades	Aprensões iniciais	Alguma confusão Díficil o começo Não saber como redigir Selecção de uma situação específica <ul style="list-style-type: none"> • É difícil seleccionar uma única situação Estrutura proposta <ul style="list-style-type: none"> • Limita o modo pessoal de transmitir os sentimentos • Limita a liberdade de expressão pessoal Medos e angústias infundados
		Díficil exprimir-se no papel Não ter sido genuína em todas as reflexões
Processo de auto-conhecimento		Conhecimento de si própria Conhecimento das suas potencialidades Conhecimento das suas limitações
Percepção de desenvolvimento	Profissional	Na comunicação com os clientes Na relação de ajuda com os clientes Na prática ética Pelo questionamento das práticas Pela reflexão sobre as práticas Pelo apoio dos profissionais Poder melhorar numa próxima oportunidade Contributo para a evolução da prática futura
	Pessoal	Questionamento dos sentimentos Questionamento dos pensamentos Maior abertura pessoal Contributo para a evolução pessoal
Mudança de atitudes		Evitar erros futuros
Percepção de que é complicado narrar sentimentos		Sentimento inibitório
Percepção de evolução na construção das reflexões		Em termos de linguagem Em termos estruturais

Como nos refere Holm e Stephenson (1995), inicialmente, reflectir e documentar a reflexão pode ser antecipado pelos estudantes como um processo árduo, sendo também referido pelos autores que no início este processo é fundamentalmente descritivo, ou seja revelam “*falta de análise*” (*Ibidem*, 54), sem processos de auto-consciencialização e sem reflexão relativa a factores presentes nas situações e influenciadores dos seus próprios desempenhos. Os autores acrescentam que por vezes os estudantes acusam alguma frustração e ansiedade inicial, principalmente quando experienciam situações de falta de confiança e baixa auto-estima que pela reflexão realizada não conseguem superar. O mesmo não podemos afirmar quanto ao processo reflexivo realizado no âmbito deste estudo, pois os estudantes desde a primeira à última narrativa procuram realizar uma reflexão profunda, não só em relação a si próprios enquanto pessoas com sentimentos e emoções e suas interacções cognitivas e comportamentais com a situação narrada, mas também questionando as suas acções pelo confronto com a teoria, bem como pelo conhecimento em uso no contexto, a partir dos quais se autoavaliam e constroem novas perspectivas de intervenção, com evidência de aquisição e construção de conhecimento

específico, de acordo com os padrões de conhecimento em enfermagem propostos por Barbara Carper, e aquisição e desenvolvimento de competências clínicas de natureza pessoal e de profissional iniciado, como exposto em capítulos anteriores. Pensamos que estes resultados se relacionam com os objectivos da reflexão para o enquadramento formulado e sua explicação detalhada aos estudantes bem como o fornecimento prévio do mesmo enquadramento. No mesmo sentido, os autores supracitados, concordam que com *guidelines* compreensivas para que o processo possa ser melhorado e mais gratificante para os estudantes desde o início do processo reflexivo.

A selecção de uma situação específica é também evidenciada por alguns estudantes nas suas apreensões iniciais pois é considerado *difícil seleccionar uma única situação*, como expressa um estudante:

“eleger uma, e só uma situação que por algum motivo me tivesse marcado(...) essa foi também uma dificuldade que se impôs, ora porque existiriam várias situações dignas de reflexão ou então não havia uma única que me tivesse despertado uma atenção particular” [MTE].

Esta dificuldade, já documentada neste trabalho, enquanto resultado da análise das narrativas reflexivas produzidas pelos estudantes, permite-nos, cruzando esta percepção manifestada pelos estudantes e os resultados encontrados, validar na fonte esses mesmos resultados. Na análise daqueles resultados foi constatado que esta dificuldade é crescente à medida que os estudantes produzem mais reflexões.

“Penso que o facto de a estrutura da reflexão ser pré definida e o facto de termos de responder a determinadas questões específicas acaba, mesmo que disfarçadamente e inconscientemente, por limitar a nossa forma de transmitir os nossos sentimentos, pois acabamos por estar mais preocupados em responder às perguntas e acabamos por nos esquecer um pouco do que seria mais importante que é relatar os sentimentos e as razões que nos levaram a escolher aquela situação e a reflectir sobre ela.” [MTB].

“No fundo na reflexão perdemos liberdade e isso, na minha opinião limita a forma como transpomos para o papel aquilo que sentimos e experienciamos.” [MTB]

A dificuldade percebida pelos estudantes, após a leitura das suas narrativas reflexivas, decorrente da estrutura proposta pelo guia de orientação fornecido, no sentido de limitar o modo pessoal de transmitir os sentimentos e a liberdade de expressão pessoal, como expressa a transcrição, é considerada um dos riscos dos enquadramentos propostos, que acabam por ser modelos expressos de reflexão, que de algum modo “impõem” uma representação de reflexão que força os estudantes a um ajustamento ao modelo mais do que o uso do modelo como uma oportunidade criativa (Johns, 2004, 2005). Johns (2005) considera que um enquadramento deverá ser visto enquanto filtro que aceita as nossas crenças e rejeita o que parece ser “*outras coisas*” (*ibidem*, p. 6). Nessa medida os modelos, enquadramentos, devem ser vistos por aquilo que são, um instrumento de sentido mais do que uma prisão ao pensamento, pois se a reflexão é um

caminho para a transformação, pelo que os sujeitos que reflectem precisarão de percorrer bem esse caminho (Johns, 2005).

Esta noção é clara, quando um estudante refere que os medos e angústias percebidas na altura da primeira reflexão, hoje são percebidos como infundados, pois encontrou o caminho para a transformação, caminho esse apoiado numa reflexão com objectivos claros e instrumentos de apoio ao seu desenvolvimento.

“Por intermédio de um processo de retrospectão reflexiva recordo o medo, a angustia, entre outros receios infundados que me invadiram aquando da realização da primeira reflexão estruturada.” [MTH].

Alguns estudantes referem também ser difícil exprimir-se no papel, considerando a tarefa “árdua” e também “limitante”, como expressam dois estudantes:

“Confesso que para mim foi muito difícil exprimir para o papel qualquer tipo de sentimentos, emoções ou reflexões. Esta é uma tarefa árdua para a qual, como já referi, nunca tinha sido exposta.” [MTC].

“contudo a folha de papel irrompia como que, um factor limitante à partilha de sentimentos e emoções, experienciadas em ensino clínico” [MTH].

Um estudante revela-nos que não foi genuíno em todas as reflexões, referindo o seguinte:

“ (...) consegui reflectir pelo menos em três das cinco reflexões de maneira genuína, ou seja, em 3, a situação foi mesmo um problema para mim ou uma situação boa vivenciada. Exponho isto, pois tenho a noção que me servi de uma reflexão em que tive boa nota para elaborar as 3 últimas, pois sabia que não ia ser o mesmo professor a avaliá-las. Para que isto acontecesse, ou seja, para que eu fizesse isto, deliberadamente e em consciência, houve uma situação que me obrigou a fazê-lo, pois numa das reflexões tive uma avaliação negativa o que fez que em vez de ter 17 tive 16 no estágio (...) Esta foi realmente uma situação que me perturbou, daí, no momento em que consegui fazer uma boa reflexão tive a tentação de fazê-las todas semelhantes para não correr mais destes riscos.” [MTC].

Trata-se de um exercício de elevado sentido autocrítico que o estudante se dispõe a partilhar e que exposto deste modo revela o seu comprometimento com a honestidade pessoal, pois que no âmbito da metareflexão solicitada este aspecto poderia ser ignorado. O facto de ocorrer este discurso metanarrativo remete-nos também para a questão da avaliação e o seu impacto nos estudantes, como já explorado. Podemos acrescentar, neste âmbito, que Scutz, Angove e Sharp (2005) constataram que o modo como é efectuada a avaliação das reflexões dos estudantes pode, efectivamente constituir uma barreira à honestidade com que as mesmas são produzidas, pelo que recomendam estratégias de reflexão e avaliação em ambientes amigáveis e seguros para os estudantes, que lhes permitam manter um nível de honestidade que lhes seja confortável e ajude a construção efectiva de processos de reflexão.

O processo reflexivo realizado é também percebido enquanto impacto no processo de auto-conhecimento, nas dimensões conhecimento de si próprio, conhecimento das suas potencialidades e conhecimento das suas limitações, como é referido por um estudante:

“estas reflexões contribuíram para (me) conhecer a mim mesma as minhas limitações e também as minhas potencialidades.” [MTI].

Também a percepção de desenvolvimento profissional é explícito: *na comunicação com os clientes, na relação de ajuda com os clientes, na prática ética, pelo questionamento das práticas, pela reflexão sobre as práticas, pelo apoio dos profissionais, poder melhorar numa próxima oportunidade e contributo para a evolução da prática futura.*

“ (A narrativa reflexiva) levou-me a fazer pesquisas bibliográficas ao mesmo tempo que me levava a reflectir e a questionar o que fazia e sentia, tentando ver onde agi bem ou pelo contrário agi mal, levando-me a ver o que falhou para numa próxima oportunidade poder melhorar.” [MTB].

“Este tipo de trabalho permite-nos investigar se as acções que fazemos são ou não congruentes com fundamentação científica. Assim podemos saber se estamos a fazer bem ou então onde é que poderíamos melhorar.” [MTD].

“A nível profissional sinto que desenvolvi a comunicação e relação de ajuda para com os utentes, com o intuito de contribuir para o seu bem-estar, tendo sempre implícito o respeito, compreensão do outro, intimidade e privacidade com o pressuposto da continuidade da prestação dos cuidados.” [MTI].

O último estudante acrescenta que:

“Todo este desenvolvimento, só foi possível devido ao apoio dos profissionais, pois sempre que questionava algum deles sobre o meu desempenho, era prontamente elucidada, muitas vezes incentivada e por vezes corrigida.” [MTI].

Esta apreciação é consentânea com as evidências relatadas por de Scutz, Angove e Sharp (2005) que expõem que o papel de facilitadores da aprendizagem reflexiva é crucial, pelo que a preparação dos profissionais no terreno, onde os estudantes realizam processos de aprendizagem reflexiva, deve ser realizada no sentido de melhorar os níveis das suas próprias habilidades. Isto inclui, na perspectiva dos investigadores, realizar programas de treino e desenvolvimento de habilidades reflexivas a fim de os supervisores serem capazes de apoiar e estimular a aprendizagem dos estudantes.

A percepção de desenvolvimento pessoal é revelada pelos estudantes pelo processo de questionamento de sentimentos e pensamentos pessoais na análise reflexiva realizada, que se traduz numa *maior abertura pessoal e contributo para a evolução pessoal*. Esta percepção de desenvolvimento é ilustrada pelos seguintes excertos metanarrativos:

“Era imprescindível questionarmo-nos relativamente às nossas práticas, sentimentos e pensamentos, procurando perceber o porquê de cada um deles, e caso entendéssemos que a nossa acção não havia sido a mais correcta tendo em conta o contexto, tornava-se necessário reformular o nosso modo de agir. Ao

cumprirmos com este processo sem dúvida que tal contribuiria para o desenvolver da nossa aprendizagem.” [MTE].

“Estas reflexões (...) fez-me evoluir a nível pessoal porque me fez reflectir sobre as experiências por mim vividas, provocando em mim uma maior abertura, dando-me a conhecer a mim mesma as minhas limitações e também as minhas potencialidades.” [MTI].

O impacto do processo reflexivo percebido na mudança de atitudes pessoais, especificamente nas questões relativas à ocorrência do erro ou imprecisões no desempenho é de novo salientado.

“Todo este momento de reflexão e análise pessoal fez com que tentasse mudar todas as atitudes menos correctas que tive, bem como, evitar futuros erros que poderiam surgir.” [MTI].

O estudante reforça o impacto positivo percebido no seu processo reflexivo, dando-nos conta de que a aprendizagem pela tomada de consciência do erro, constitui um processo reflexivo que leva à consciencialização dos aspectos não desejáveis num desempenho responsável, tornando possível interpretar as falhas como fontes para melhorar ou aprender (Høytrup e Elkjaer, 2006).

É também explicitada a percepção de que é complicado narrar sentimentos, pelo sentimento inibitório vivido no processo de narração de sentimentos e do qual nos dá conta um estudante:

“Depois de ter feito todas as anteriores reflexões, fico com o sentimento que por vezes é muito complicado passar para o papel tudo o que estamos a sentir, pois penso que por vezes sentimo-nos inibidos pois sabemos que o que estamos a escrever vai ser lido por outras pessoas e talvez isto, faça com que nos inibamos um pouco.” [MTI].

Este processo inibitório é também descrito por Scutz, Angove e Sharp (2005) que se deram conta de que o exercício pessoal realizado pelos estudantes, tornando claro os seus sentimentos e julgamentos pessoais para o domínio da esfera pública, pode actuar como barreira à reflexão.

Ainda quanto ao impacto pessoal percebido pelos estudantes quanto ao processo reflexivo realizado, a percepção de evolução na construção das reflexões é expressa pelos estudantes em termos de linguagem e em termos estruturais, como nos refere um estudante: *“Cada estágio que ia passando, tenho a noção de que as reflexões iam ficando um pouco melhores, tanto no que diz respeito à linguagem, bem como a nível estrutural”* [MTI], denotando que a continuidade na construção de narrativas reflexivas foi percebido como factor de impacto positivo. A continuidade na construção de processos reflexivos é considerada um dos aspectos essenciais para a emergência de uma reflexão produtiva (Atkins, 2005; Morgan e Johns, 2005 e Docherty, Boud e Cressey, 2006).

Apreciação pessoal quanto ao processo narrativo

Ao realizarem as metareflexões os estudantes transmitem-nos as suas próprias considerações em relação ao processo reflexivo realizado. São apreciações que de algum modo se sobrepõem a aspectos já referidos quanto aos elementos considerados por eles mais relevantes nas narrativas,

bem como quanto à expressão dos aspectos positivos e negativos das narrativas e impacto pessoal das mesmas. Deste modo, não iremos detalhar cada um dos aspectos apreciados pelos estudantes, sob pena de nos tornarmos repetitivos.

No entanto, de modo sintético, as apreciações feitas pelos estudantes acerca do processo reflexivo podem ser observadas no quadro 77 e são apreciações de natureza auto-avaliativa, de tomada de consciência, de compreensão e valorização do processo, de descoberta de novas capacidades e potencialidades pessoais e perspectivas de futuro, quanto ao modo como encaram o processo reflexivo realizado.

Quadro 77: Apreciação pessoal quanto ao processo reflexivo

APRECIÇÃO PESSOAL QUANTO AO PROCESSO REFLEXIVO	
De natureza auto-avaliativa	Reflexão genuína em pelo menos três reflexões Apreciação negativa do comportamento pessoal no processo de realização das narrativas Alteração da ordem dos componentes da reflexão no guia
De tomada de consciência	Difícil exprimir sentimentos Tomar consciência de quem somos Tomar consciência da nossa importância no processo de cuidados
De compreensão do processo	Construção organizada da reflexão sobre as experiências Oportunidade de compreender as razões pelas quais se agiu de determinado modo Ajuda a analisar tudo o que aconteceu Análise da conduta pessoal Permite investigar o fundamento científico das acções praticadas
De valorização do processo	Enriquecedor reflectir sobre as práticas É imprescindível reflectir É importante a realização de reflexões Importante para a aprendizagem Trabalho pertinente Trabalho proveitoso
De descoberta de novas capacidades e potencialidades pessoais	Capacidade superior de análise de situações Capacidade superior de crítica nas diversas situações Desejo de aprender mais a descobrir
De conhecimento construído	Meta conhecimento Autoconhecimento
De perspectiva futura	Irá reflectir sobre as suas práticas Importante continuar a reflectir

Importa talvez destacar que nestas apreciações não ocorrem expressões de natureza negativa quanto ao processo reflexivo realizado, antes aspectos já considerados como factores positivos, quanto ao processo em si, quer ao seu impacto no processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Os estudantes apreciam o processo reflexivo construído como importante para a aprendizagem, sendo um trabalho pertinente e proveitoso, referindo um deles que:

“Concordo plenamente com a elaboração deste tipo de trabalhos, porque os acho muito pertinentes” [MTD].

O mesmo estudante considera que o processo reflexivo é um bom instrumento de desenvolvimento de aprendizagem, pois lhe permite *“aprender com as acções”* [MTD]. É ainda

salientada a importância da realização de reflexões pois têm *“como principal objectivo o desenvolver da aprendizagem, dando-nos oportunidade para tomarmos consciência de quem somos e da nossa importância no processo de cuidados”* [MTB].

Consideramos importante detalhar a apreciação de um estudante quanto à construção das narrativas e a realização da metareflexão que é percebida como permitindo a construção de uma dimensão *superior do conhecimento*, em termos cognitivos quer metacognitivos.

“Ter analisado as reflexões que realizei sobre o meu desempenho, sobre os meus sentimentos e todos os outros aspectos essenciais que preencheram e conferiram movimento e dinâmica às situações em que participei, em relação com o utente e profissionais de saúde, transporta-me para uma dimensão superior do conhecimento. Nesta dimensão sou capaz de compreender profundamente a importância que atribuí a cada momento, a importância que cada uma das experiências vivenciadas acabou por ter para mim sem que eu me tivesse apercebido. Na verdade, descobri que cresci um pouco mais e que me desenvolvi muito mais do que imaginara.

O desenvolvimento que se foi efectivando ao longo do meu percurso como estudante, agora num patamar diferente de auto-conhecimento, é concretizado de forma indelével.” [MTG].

Este excerto realça de forma indelével a importância da realização das narrativas reflexivas, mas sobretudo a importância que é conferida à metareflexão, pois que através desse exercício o estudante dá-se conta de que cresceu e se desenvolveu mais do que à partida imaginara. O mesmo estudante descobre novas capacidades e potencialidades pela capacidade superior de análise de situações, de crítica nas diversas situações e do desejo de aprender mais a descobrir, e que narra do seguinte modo:

“este desenvolvimento (...) Consubstancia-se antes na descoberta de novas capacidades e potencialidades, nunca antes exploradas, numa capacidade incomparavelmente superior de análise e crítica das diversas situações, numa vontade incessante de aprender cada vez mais a descobrir em cada experiência uma oportunidade para me desenvolver.” [MTG].

Em termos de perspectiva futura há estudantes que consideram a perspectiva de *“continuar a reflectir sobre as suas práticas”* [MTC], pois é *“importante continuar a reflectir”* [MTD] e [MTE], denotando a apreciação positiva com que é encarado o processo reflexivo e os resultados a esse processo atribuído em termos de aprendizagem e desenvolvimento.

Importância do guia orientador

O guia de orientação para a construção das narrativas reflexivas em ensino clínico foi objecto de apreciação pelos estudantes, que o consideram com aspectos positivos e aspectos negativos (quadro 78).

Quadro 78: Importância do guia orientador

IMPORTÂNCIA DO GUIA ORIENTADOR	
Aspectos positivos	<p>São fornecidos pontos de referência para a construção do saber</p> <p>Permite a análise sistemática, coerente e sustentada do desempenho</p> <p>Possibilita a análise crítica das práticas</p> <p>Permite pensar sobre a situação do modo estruturado</p> <p>Não coloca limitações à imaginação e criatividade do estudante</p> <p>Define moldes claros de desenvolvimento do pensamento</p> <p>Instrumento valioso para a reflexão</p> <p>Possibilidade de construção e desenvolvimento contínuos</p> <p>Instrumento pertinente</p> <p>Estrutura para uma boa concretização final</p> <p>Possibilita a análise crítica à essência da enfermagem</p> <p>Conduz à reformulação de práticas menos correctas</p> <p>Conduz ao desenvolvimento emocional</p> <p>Conduz ao crescimento pessoal</p> <p>Conduz ao crescimento profissional</p>
Aspectos negativos	<p>Componentes da reflexão difíceis de seguir</p> <p>Retira um pouco da personalidade do narrador</p> <p>Contém perguntas que não possuem resposta em determinadas circunstâncias</p> <p>Contém perguntas que obrigam à repetição de ideias</p>

Nos aspectos positivos, o guia orientador é considerado importante, pois *são fornecidos pontos de referência para a construção do saber, permite a análise sistemática, coerente e sustentada do desempenho, possibilita a análise crítica das práticas, permite pensar sobre a situação do modo estruturado, não coloca limitações à imaginação e criatividade do estudante e define moldes claros de desenvolvimento do pensamento.* É também considerado um *instrumento valioso e pertinente para a reflexão com possibilidade de construção e desenvolvimento contínuos com uma boa estrutura para uma concretização final*, possibilitando a *análise crítica à essência da enfermagem*, a *condução à reformulação de práticas menos correctas*, *ao desenvolvimento emocional e ao crescimento pessoal e profissional.*

Da consideração do guia de orientação como instrumento positivo e facilitador da reflexão, alguns excertos metanarrativos dizem-nos:

“ (...) são-nos fornecidos pontos de referência para que possamos aprender, de certa forma, a pensar em pontos essenciais para que construamos o nosso saber.” [MTA].

“A realização das reflexões estruturadas permitiu-me construir uma reflexão organizada das experiências mais significativas. A estrutura destas reflexões permitiu-me analisar o meu desempenho perante circunstâncias diversas de modo sistematizado, coerente e sustentado.

Para conseguir retirar o essencial de cada experiência torna-se imperativo pensar sobre a mesma, mas fazê-lo de forma estruturada, para que não se imponham lacunas desviantes do objectivo da reflexão e restritivas da percepção das infinitas possibilidades/alvos de reflexão.

Neste sentido, penso que a realização das reflexões estruturadas se revelou de extrema importância. E, ao contrário do que se possa pensar, não colocam quaisquer limitações à imaginação e criatividade dos estudantes. A reflexão estruturada define antes moldes claros de desenvolvimento do pensamento, num sentido lógico e coerente, conducente a uma aprendizagem efectiva. Como tal, surge como um valioso instrumento para analisar, pensar, reflectir e assim encontrar um caminho sólido para o desenvolvimento pessoal, em todas as suas dimensões.” [MTG].

“Por intermédio da leitura atenta e do seguimento dos postulados inerentes ao guia de elaboração da reflexão estruturada, deparei-me com uma construção e enriquecimento contínuos. Deste modo, a transposição de sentimentos nem sempre devidamente valorizados, revelou ser menos complexa, exequível e devidamente frutífera, dado que é um instrumento extremamente pertinente, que possibilita a realização de uma minuciosa análise crítica de práticas inerentes à enfermagem e à sua essência, nomeadamente no que concerne aos sentimentos a ela inerentes, que reflectem a arte que é ser Enfermeiro. Conduzindo deste modo a uma alteração ou correcção de práticas menos correctas e ao desenvolvimento emocional, que por sua vez, possibilitaram o meu crescimento individual, pessoal e profissional.” [MTH].

“O facto da reflexão ser orientada por perguntas serve de estrutura para uma boa concretização final” [MTJ].

As considerações expressas quanto às vantagens de um enquadramento, neste caso sob a designação de guia de orientação, para a realização da reflexão pelos estudantes é convergente com os resultados de estudos realizados no âmbito de processos reflexivos e que assinalam de modo inequívoco a importância de um enquadramento para uma reflexão produtiva (por ex: Johns, 1995; 1998; 2004; 2005; Bulman, 1995; 2005a; Atkins, 2005; Jasper, 2005; Jarrett e Johns, 2005), sendo apontados enquadramentos vários para a realização da reflexão.

Os estudantes referem também alguns aspectos que consideram negativos no guia de orientação. Assinalam como aspectos de natureza negativa o facto de os componentes propostos para a reflexão serem difíceis de seguir. Consideram que *retira um pouco da personalidade do narrador* e que contém perguntas que não possuem resposta em determinadas circunstâncias, bem como que obrigam à repetição de ideias.

A consideração de que o guia de orientação possui aspectos negativos é expressa por um estudante do seguinte modo:

“ (...) na minha opinião, (o guia) retira um pouco da essência, da personalidade e da importância que urge de um trabalho como este. Até porque existem perguntas que não possuem resposta perante determinada circunstância e até perante a nossa própria forma de agir, ou então existem aquelas que em partes diferentes da reflexão se entrecruzam e acabamos por ser obrigados a referir insistentemente a mesma ideia, sendo este último aspecto evitável dado que nada mais constitui do que um pleonasmo de ideias! Penso eu!” [MTJ].

Estas apreciações acerca de um guia orientador ou enquadramento para a reflexão, embora já discutidas neste mesmo capítulo, são ainda expressas por alguns investigadores, nomeadamente Nash (1999), que defende a intuição como garante da prática reflexiva e Gilbert (2001) que defende que a prática reflexiva serve interesses de observação, disciplinando a actividade dos profissionais e constituem práticas profissionais para regular o trabalho profissional, pelo que os enquadramentos não são necessários, na perspectiva daqueles autores. No entanto, Hagland (1998) considera que a reflexão realizada sem enquadramento adequado não passa de uma mera recordação de eventos e uma exploração estéril de sentimentos em torno de situações experienciadas e Kyrkjæbo e Hage (2005), após um estudo com estudantes de enfermagem em torno dos processos de construção de conhecimento em contexto clínico,

consideram ser necessário desenvolver modelos que encorajem a reflexão, para a construção de conhecimento útil à prática e disciplina de enfermagem. Newton (2000) também argumenta que mesmo quando falamos em processos de compreensão criativa, flexibilidade na aprendizagem ou aumento de retenção de conhecimentos, o recurso a modelos/enquadramentos que apoiem os estudantes neste processo é desejável, embora a questão da redundância que por vezes se observa nesses enquadramentos seja de evitar.

Sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo

Nas metareflexões realizadas no final dos ensinamentos clínicos, os estudantes participantes na investigação sugerem alguns aspectos que na perspectiva deles podem melhorar o processo reflexivo. Nestas sugestões é considerado que *a avaliação deve ser repensada, que a reflexão semanal é mais adequada, que os critérios de avaliação devem ser uniformes*, sugerindo também que estes processos reflexivos *devem continuar a existir* e que os *supervisores* deverão fazer uma *reflexão sobre o assunto* (quadro 79).

Quadro 79: Sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo

SUGESTÕES
A avaliação deve ser repensada Reflexão semanal mais adequada Critérios de avaliação uniformes Devem continuar a existir Reflexão dos supervisores sobre o assunto

Quanto ao processo de avaliação, é sugerido que a narrativa reflexiva talvez possa ter *“uma percentagem mínima, que não permitisse distinguir alunos”* [MTA] e um outro estudante refere que *“os orientadores deveriam ser esclarecidos no sentido de a avaliação se processar toda da mesma forma”* [MTB].

Já analisamos com algum detalhe a questão da avaliação dos processos reflexivos, que é entendida como uma questão sensível e problemática no desenvolvimento de processos reflexivos.

A realização de reflexões semanais é entendida por um estudante ser *“mais importante e compensadora além de ser mais fácil e dar liberdade para nos expressarmos de uma forma livre e espontânea”* [MTB], pelo que esta é entendida ser mais adequada para o desenvolvimento dos processos reflexivos. Também a este propósito já apresentamos alguns argumentos teóricos que permitem entender a sugestão deste estudante.

No entanto, outros estudantes consideram que as narrativas reflexivas realizadas nos moldes definidos deverão continuar a existir, explicitando um estudante que:

“este processo reflexivo deveria continuar a existir, pelos benefícios que enumerei” [MTA].

Globalmente o processo reflexivo realizado é percebido como positivo pelos estudantes, e um deles, no sentido de uma sugestão de melhoria do processo, refere:

“Este processo deixou-me um pouco descontente ao longo deste ano, confesso. Tudo aquilo que escrevemos é algo muito pessoal e infelizmente nem sempre é bem entendido. Apesar disso, não me oponho de modo algum à realização de reflexões, quer sejam estruturadas ou não. Como referi anteriormente, um processo reflexivo tem vantagens. E sou da opinião que se deve continuar a reflectir, quer no que se refere à prática de enfermagem quer em relação à nossa própria vida, em torno de tudo o que nos rodeia.

E porque não fazer com que quem nos avalia reflecta também um pouco sobre este assunto?!” [MTE].

A questão final, colocada pelo estudante, toca um dos aspectos cruciais no desenvolvimento de processos reflexivos em contextos clínicos e que tem a ver com a preparação dos supervisores para a acompanhamento e orientação dos estudantes neste processo, bem como o modo como é realizada a avaliação. De facto, concordamos absolutamente com a perspectiva do estudante, aliás documentada por vários autores, já referidos, de que para se orientar e avaliar processos reflexivos é necessário primeiro que tudo saber do que é que trata a reflexão, como se faz e deste modo construir entendimentos válidos para uma supervisão eficaz.

PARTE IV

**A APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DO
ESTUDANTE PELA CONSTRUÇÃO DE
NARRATIVAS REFLEXIVAS: “DAR SENTIDO AO
PERCEBIDO”**

NOTA INTRODUTÓRIA

Neste capítulo do trabalho procedemos à conceptualização do processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes a partir dos resultados revelados pela análise interpretativa das suas narrativas reflexivas, metanarrativas e do quadro teórico de referência.

1. OS RESULTADOS DESVENDADOS

Alguns autores defendem a necessidade de se usar modelos teóricos que ofereçam questões para estimular a reflexão em torno do pensamento, sentimentos, comportamentos, bem como o uso de teorias que podem implicitamente guiar o pensamento, sentimento e acção (Johns, 1995; 2004; 2005) para a construção da aprendizagem e desenvolvimento dos formandos.

Nesta investigação foi oferecido aos estudantes um enquadramento para a reflexão sobre as suas práticas que organiza três níveis de reflexividade: i) descrição; ii) análise; iii) síntese e construção de nova perspectiva de intervenção. Cada um destes níveis inclui um conjunto de questões específicas que estimula e apoia a elaboração do pensamento no processo de reflexão sobre as práticas. Os estudantes participantes no estudo realizaram ainda uma metareflexão, no sentido da reflexão sobre a reflexão sobre as práticas de modo a construir pensamento metareflexivo sobre os seus processos reflexivos, permitindo assim aceder às suas percepções acerca do processo reflexivo realizado.

A análise das narrativas reflexivas e metareflexões realizadas pelos estudantes em ensino clínico revelou que aqueles descrevem situações clínicas significativas, conceptualmente enquadradas nos domínios: i) do cliente; ii) da interacção cliente-enfermeiro; iii) da prática de cuidados; e iv) do ambiente de cuidados. Observou-se uma maior expressividade no domínio do cliente, e neste, as suas “expressões emocionais” foram mais relevantes para os estudantes. Os estudantes consideram aquelas situações “marcantes pela positiva”, “marcantes pela negativa” ou “marcantes pela novidade”, sendo mais expressivas as situações marcantes pela positiva e negativa. A dificuldade na selecção de situações significativas é expressa por alguns estudantes, parecendo esta dificuldade aumentar à medida que os estudantes realizam mais reflexões, principalmente pela existência de várias situações passíveis de realizar uma reflexão.

Os estudantes expressam interacções de natureza afectiva, cognitiva e comportamental com as situações significativas de cuidados narradas. Na interacção afectiva identificam-se sentimentos positivos, negativos e outros estados cognitivos/emocionais, como a angústia e o medo. Salientam-se os estados afectivos de natureza negativa quando narrados na descrição da situação. Após a análise da situação constatamos uma expressão mais evidente de estados afectivos de natureza positiva narrados pelos estudantes.

Na interacção cognitiva dos estudantes com as situações significativas narradas, identificam-se diferentes tipos discursivos que nos possibilitaram deduzir níveis de pensamento diversos: i) pensamento de senso comum; ii) pensamento crítico; e iii) pensamento metacognitivo/reflexivo. Os

níveis de pensamento crítico e metacognitivo revelam-se mais expressivos, nomeadamente nos processos de pensamento de tomada de consciência e de auto-regulação.

Na interacção comportamental com as situações significativas foram identificadas formas de agir profissional expressas pela deliberação de agir, realização de acções, objectivos da acção realizada, recursos mobilizados para a realização da acção, factores que influenciaram a acção e pela avaliação das acções, sendo a expressão de realização de acções de natureza relacional com o cliente mais expressiva.

Perante as situações significativas os estudantes expressam a activação de modos de resposta. Estes modos de resposta são mais expressivos nas componentes cognitiva e emocional e de predominância negativa.

Foram identificadas áreas de aquisição e construção de conhecimento nos domínios empírico, ético-legal, pessoal, estético e reflexivo. As áreas de conhecimento mais expressivas situam-se nos conhecimentos: i) empírico, traduzido pela aplicação do conhecimento nas práticas; confirmação de conhecimentos por comparação com outras situações; reconhecimento de saberes teóricos; aquisição de novos conhecimentos e reforço de conhecimentos prévios; ii) no conhecimento pessoal expresso por conhecimento de si; aceitação de si; transformação de si e desejo de ver e aprender e iii) conhecimento reflexivo, nas componentes compreensão e consciência.

As áreas de aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes expressas nas narrativas situam-se a nível de responsabilidade, prática segundo a ética, prática legal, prestação de cuidados e desenvolvimento profissional. A prestação de cuidados e o desenvolvimento profissional constituem as áreas de maior expressividade nas narrativas analisadas.

Os estudantes expressam as suas concepções de reflexão no início e no final das narrativas, salientando a importância da reflexão para a construção da sua aprendizagem e processo de desenvolvimento e enunciam etapas seguidas no processo de reflexão, que são congruentes com o enquadramento fornecido para a construção das narrativas reflexivas. Há um estudante que manifesta a desvantagem da reflexão escrita, pela dificuldade na expressão narrativa de sentimentos e emoções.

No final das narrativas, os estudantes expõem o valor dos processos reflexivos realizados, pelo incremento que estes processos têm na sua de tomada de consciência pessoal e profissional, bem como das suas atitudes, comportamentos, acções e das situações de cuidados. Assinalam os contributos/utilidade da reflexão, bem como a sua importância para a sua aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, expressando o seu crescimento nas dimensões pessoal e social.

Cada uma destas unidades temáticas foi objecto de procedimentos de intersecção entre os estudantes participantes, a área de ensino clínico na qual foram realizadas as narrativas e entre a continuidade narrativa, que permitiram analisar factores de variabilidade em função dessas variáveis.

A apreensão dos significados dos estudantes quanto ao processo reflexivo realizado, pela análise das suas metareflexões, revela os seus entendimentos quanto aos temas por eles debatidos nas narrativas, os aspectos considerados mais relevantes nas narrativas, as suas percepções quanto aos aspectos positivos e negativos das narrativas, o impacto pessoal da construção das narrativas, a importância do guia de orientação e sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo, assinalando, entre outros, os aspectos positivos e menos positivos das narrativas, a importância do guia orientador fornecido, bem como o impacto pessoal percebido do processo reflexivo realizado. Salientam-se os significados dos estudantes quanto ao processo reflexivo realizado, evidenciando-se os aspectos considerados positivos na construção das narrativas e cujo conteúdo é convergente com os resultados relativos à aquisição e construção de conhecimento, bem como à aquisição e desenvolvimento de competências identificados nas narrativas. Os estudantes focam alguns aspectos negativos no processo reflexivo realizado, com maior relevância nas questões relativas à avaliação do processo.

Os estudantes percebem as narrativas reflexivas com tendo tido algum impacto pessoal, expresso na percepção de dificuldades, no processo de auto-conhecimento, na percepção de desenvolvimento, na mudança de atitudes, especificamente nas atitudes de gestão do erro, na percepção de que é complicado narrar sentimentos e ainda na percepção de evolução na construção das reflexões. Tecem algumas considerações acerca do processo reflexivo realizado, que manifestam enquanto processo de natureza auto-avaliativo, de tomada de consciência, de compreensão e valorização do processo, de descoberta de novas capacidades e potencialidades pessoais e de perspectivas de futuro. O guia de orientação, fornecido no início do processo, é apreciado quanto aos seus aspectos positivos e negativos, aspectos que são congruentes com as considerações de vários investigadores na área da reflexão, já referidos. Assinalam também algumas sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo, nomeadamente nos aspectos relativos ao apoio e supervisão, especificamente os aspectos ligados à avaliação.

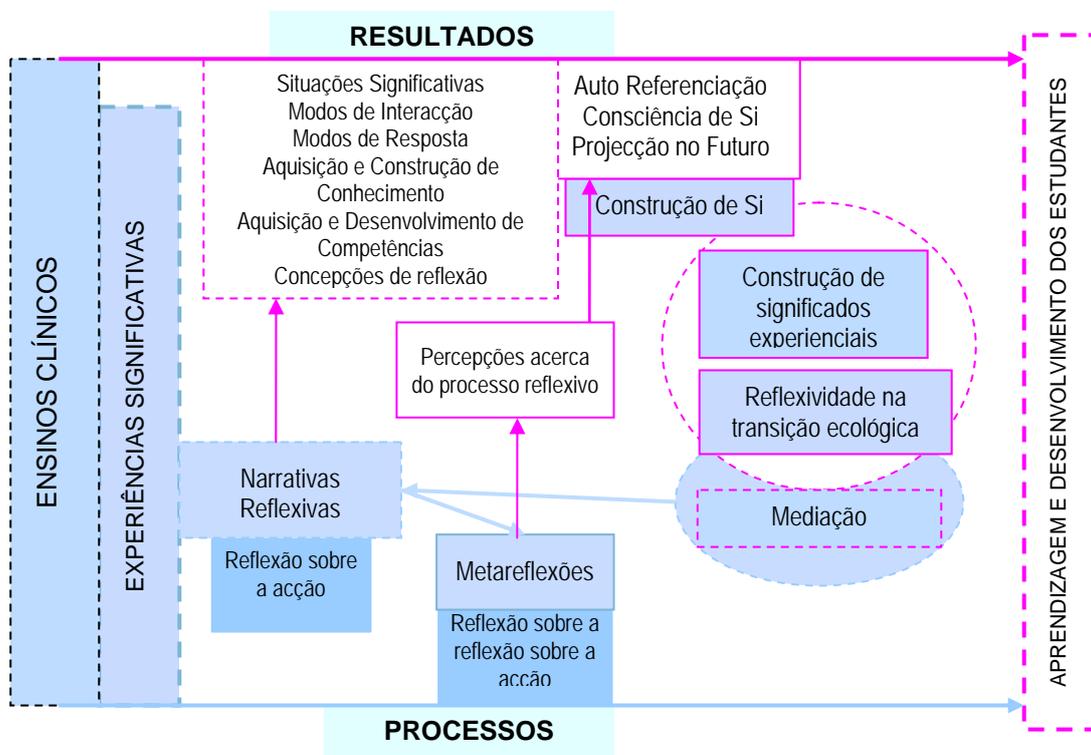
2. A APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO DOS ESTUDANTES

Os aspectos identificados nas expressões narrativas dos estudantes evidenciam a complexidade do processo de aprendizagem construído. Por um lado, a narrativa da experiência nos domínios do cliente, da relação cliente-enfermeiro, da prática de cuidados e do ambiente de cuidados, desvelando o seu impacto naquilo que é a pessoa do estudante, permite-lhes atribuir sentido a essas experiências e situarem-se conscientemente na trama do processo de cuidados vivido, tomando consciência de si e auto referenciam-se a essas situações. Por outro lado, reflectindo naquilo que foram as suas experiências significativas por um processo auto-regulado, em que evidenciam procedimentos de auto-monitorização, auto avaliação e auto reforço, constroem conceptualmente novas formas de estar e agir em situações futuras, projectando-se com consciência de si. Também o pensar narrativamente conhecimentos transferidos, confirmados, reconstruídos e ou adquiridos bem como a enunciação de aquisição e

desenvolvimento de competências neste processo constituem evidência de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante de enfermagem.

Os resultados da análise interpretativa das narrativas reflexivas cruzados com as representações que delas fazem os estudantes nas suas metareflexões permitem assumir a presença de construção de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes que conjuga elementos de natureza processual e resultados. Constituem elementos do processo a construção de narrativas reflexivas em torno de experiências significativas dos estudantes em contexto de ensino clínico, nas quais intervieram factores de mediação cognitiva, sociocultural e afectiva, como os supervisores, os enfermeiros clínicos, os próprios pares e o guia de orientação disponibilizado, que se constituíram como elementos de estímulo e facilitação no processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes, e as metareflexões no final do referido ensino clínico. Quanto aos resultados, estes expressam a construção da pessoa do estudante que cruzam a construção de significados em torno de situações experienciais, que rompendo com o equilíbrio inicial dos esquemas em relação a novos conteúdos/experiências permitem a construção de novos significados. Também a reflexividade nos processos de transição ecológica entre sistemas inter-relacionados com os processos experienciais, as pessoas envolvidas, a mudança nos contextos e o factor tempo expresso pela continuidade narrativa e a própria mediação constituem factores que conjugam processo e resultados, como procuramos explicitar na figura 21.

Figura 21. Processo de aprendizagem e de desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico pelo recurso à reflexão



Nesta figura, podemos observar o início do processo de aprendizagem dos estudantes em ensino clínico, através do qual se pretende assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem (Portaria Nº 799-D/99, de 18 de Setembro) pela actividade experiencial de práticas de cuidados. Os estudantes em situação de prática clínica, experienciam situações consideradas significativas em torno das quais realizam narrativas reflexivas, que se configuram enquanto processos de reflexão sobre a acção (Schön, 1998) produtoras de significados, de modos de interacção, de modos de resposta face a essas situações, bem como de aquisição/construção de conhecimento e aquisição/desenvolvimento de competências. Pela narrativa destes elementos de natureza afectiva, cognitiva e comportamental, os estudantes exploram processos de construção de si próprios, expressos em movimentos dinâmicos de auto referenciação pessoal e profissional às situações de cuidados, tomando consciência de si no aqui e agora que lhes permite projectarem-se na acção futura, pela conceptualização de novas formas de agir.

A construção destas narrativas, expressando a singularidade e pessoalidade de cada estudante na construção de significados (Argyris e Schön, 1974; Moreira, 2006) expressa o processo através do qual o conhecimento é criado pela transformação da experiência (Kolb, 1984; Kolb e Kolb, 2005; 2005a; 2006; 2008), desenvolve-se em ambientes ecológicos promotores de reflexividade nos processos de transição que se conjugam e interpenetram na construção de uma aprendizagem em profundidade (Lowe e Kerr, 1998) nos processos de reflexão sobre a reflexão sobre as práticas (Schön, 1998), expresso na produção de metareflexões no final dos ensinamentos clínicos e possui elementos de mediação próprios (Dahms *et al.*, 2007; Marques, 2007; Schütz, 2004; Lourenço, 2002)

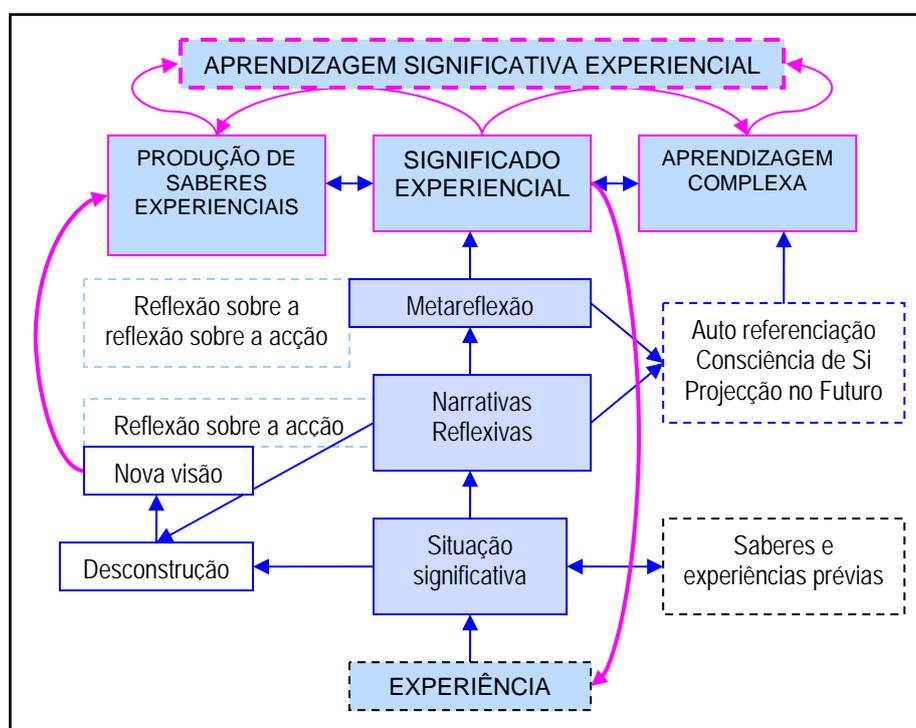
Deste modo, assumimos que o processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes pelo recurso à reflexão organiza-se e conjuga-se em três vertentes: i) aprendizagem e desenvolvimento construídos no significado experiencial; ii) aprendizagem e desenvolvimento potenciados pela mediação e iii) aprendizagem e desenvolvimento construídos no processo de transição ecológica pela reflexividade entre sistemas, as quais passamos a apresentar.

2.1. A APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO CONSTRUÍDOS NO SIGNIFICADO EXPERIENCIAL

Na perspectiva de David Ausubel a aprendizagem significativa consiste na organização e integração de material na estrutura cognitiva, em que as novas ideias e informações são aprendidas e retidas, na medida em que existem pontos de “ancoragem”, e esta aprendizagem implica modificações na estrutura cognitiva de sujeito e não apenas acréscimos (Moreira, 2000). Associado a esta perspectiva, Mainemelis; Boyatzis e Kolb (1999) e Kolb e Kolb (2005; 2005a; 2008) propõem a concepção de aprendizagem experiencial, que acentua a construção de conhecimento enquanto tensão criativa entre quatro modos de aprendizagem – experiência, reflexão, pensamento e acção – que é responsiva às exigências contextuais, sendo a experiência concreta ou imediata a base para a observação e reflexão.

Neste estudo, os estudantes partindo da experiência concreta, seleccionam uma situação para eles considerada significativa e em torno da qual realizam uma narrativa reflexiva, enquanto processo de reflexão sobre a acção. Nela expressam significados experienciais, ancorados nos seus saberes e experiências prévias, reconhecendo-se a si mesmos em situação, num processo de auto referenciação e tomada de consciência, que lhes permite a construção de abstracções concebidas como guia para novas experiências. Este processo de aprendizagem é reforçado pela reflexão sobre a reflexão sobre a acção, que conjugando a consciência reflexiva da experiência significativa e a reflexão sobre essa mesma reflexão configura a aprendizagem significativa. A aprendizagem significativa implica ainda que os significados resultantes das ancoragens se constituam novas pontes para a experiência gerando algo de novo que acrescenta ao velho (figura 22).

Figura 22. Aprendizagem pela construção de significados experienciais



Deste modo, a construção de significados experienciais num contexto de reflexividade crítica relaciona-se com o desenvolvimento de uma aprendizagem complexa, profunda e duradoura, mais do que memorística ou por imitação, que é superficial, logo efémera, pelo que o conhecimento produzido pela e na reflexão sobre as práticas pode considerar-se evidência na qual as práticas podem ser baseadas (Rolfe, 2005).

Na construção das narrativas reflexivas os estudantes procederam à desconstrução da situação seleccionada, colocando-a sob ruptura em relação aos esquemas afectivos, cognitivos e comportamentais sob os quais ela ocorreu. Procurando trilhos de inconsistências, incongruências ou desfasamentos tentaram reconstruir uma nova visão, um novo discurso, um novo

conhecimento para ser aplicado na prática, agora de modo significativo e crítico, numa lógica que procura manter o equilíbrio do discurso através da expulsão da contradição (Morin, 2002).

Os discursos narrativos reflexivos e metareflexivos dos estudantes permitem-nos pensar que as situações por eles vividas e reflectidas transformaram-se, efectivamente, em experiências formadoras, isto é, produtoras de saberes, pois constituíram situações desafiadoras, problemáticas e inovadoras que foram estudadas, analisadas, investigadas e reflectidas na interpenetração entre o processo e os resultados dela decorrentes, tal como referido por Higgs (2005) e Cornwall (2005). Pensamos ainda poder assumir a complexidade da relação entre conhecimentos estruturados e experiências vivenciadas, pois é difícil arrogar que um conteúdo de conhecimento venha a ser adequadamente capturado se não se compreender como é que outros conteúdos, induzidos a partir do exterior, se possam estar a organizar a partir de comportamentos, saberes e valores do próprio sujeito, que, neste caso, foram exemplarmente expostos nas narrativas e metareflexões dos estudantes. Por outro lado, pensamos poder afirmar a compreensão crítica nas narrativas dos estudantes, enquanto pressuposto de superação dos sentimentos de auto-desvalorização, pois que após a análise das situações, perante as quais a interacção afectiva é manifestamente negativa, a componente afectiva gerada no confronto com as situações e outras perspectivas passa a ser lida com outras lentes, mais informadas e sustentadas criticamente, permitindo a expressão predominante positiva na interacção afectiva com a situação objecto de reflexão.

A produção narrativa neste estudo vincula-se à produção de conhecimentos experienciais dos estudantes em formação. É formação, é aprendizagem, porque o estudante toma consciência de si e das suas aprendizagens quando vive, simultaneamente, os papéis de actor e investigador da sua própria experiência. Nesta reflexão sistemática os estudantes identificam aprendizagens significativas, constitutivas de conhecimento e habilidades, expostas pela síntese de evidências que suportam a afirmação de conhecimento e habilidades, bem como pelo processo de auto-regulação que inclui a auto-avaliação (Dewar e Walker, 1999).

Os resultados decorrentes da análise das narrativas e metareflexões dos estudantes faz-nos crer que na construção de significados experienciais a reflexão é a base da aprendizagem significativa, constatada nos discursos narrativos enquanto processo activo de certificação da própria experiência de modo a olhá-la de perto e explorá-la em profundidade, constituindo a chave para aprender a dar significado às próprias experiências, ou seja, examinar a experiência mais do que vivê-la. Este processo foi acompanhado pelo desenvolvimento da curiosidade dos estudantes acerca das próprias experiências, que abriu a possibilidade de aprender significativamente, não só a partir de livros ou peritos, mas também a partir das experiências e das suas vidas. Alguns estudantes assinalam as experiências significativas como desafios que criam oportunidades poderosas para aprender através da reflexão, bem como as experiências de incerteza ou experiências positivas que instruem acerca do nível emocional, permitindo localizar quando e porquê se sentem excitados, preenchidos ou frustrados com uma experiência, bem como

permitem obter conhecimento das condições que permitem o desenvolvimento da sua criatividade, do mesmo modo referido por Amulya (2005).

Pelos aspectos referidos, os princípios validadores da experiência como aprendizagem referidos por Alarcão (2001), nomeadamente os princípios da significação, da continuidade, da organização, do desenvolvimento e da aprendizagem, da qualidade, da reflexão, da interacção social, da educação e o princípio da formação holística, cremos estarem presentes, enformando e sustentando a aprendizagem significativa construída pelos estudantes pela via da reflexão, em contextos de prática de cuidados.

Deste modo, os estudantes demonstram e chegam a afirmar estar a aprender a aprender e a tomar consciência de que aprendem pela construção intencional de significados sobre as suas experiências de aprendizagem.

2.2. APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO POTENCIADOS PELA MEDIAÇÃO

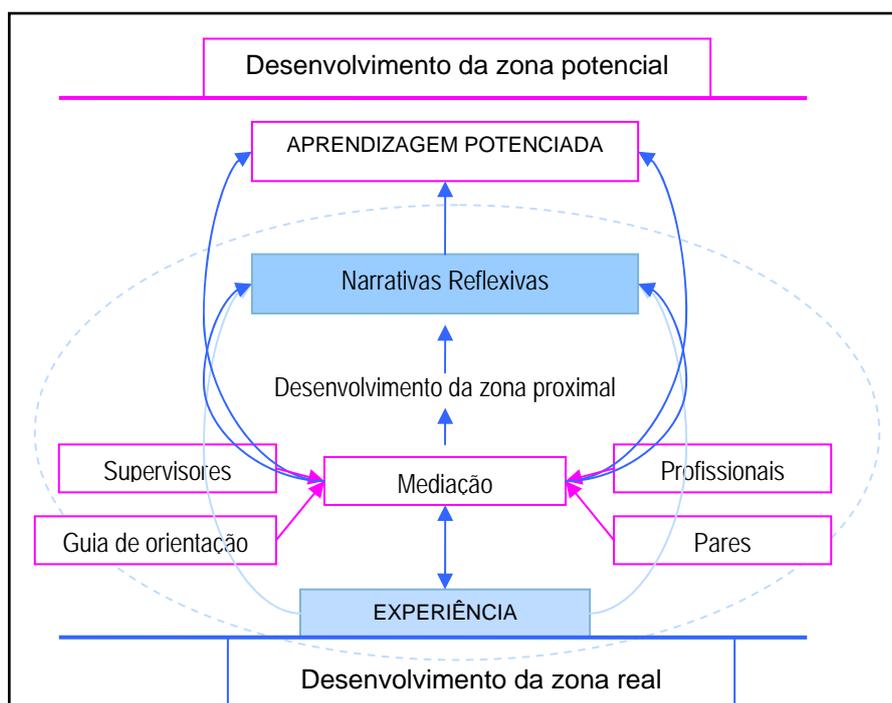
No processo de aprendizagem, segundo Lev Vygotsky, como referido no enquadramento teórico, os processos mentais superiores, como o pensamento, linguagem e comportamento voluntário, têm a sua origem em processos sociais e o desenvolvimento cognitivo é a conversão de relações sociais em funções mentais. Este processo é descrito através de dois níveis de desenvolvimento, denominados desenvolvimento real e desenvolvimento potencial (Japiassu, 2005; Lourenço, 2002; Lima 2005). O desenvolvimento real é aquele que já foi consolidado pelo indivíduo, de forma a torná-lo capaz de resolver situações utilizando o seu conhecimento de forma autónoma. O nível de desenvolvimento real é dinâmico, aumenta dialecticamente com os movimentos do processo de aprendizagem. O desenvolvimento potencial é determinado pelas habilidades que o indivíduo já construiu, que se encontram elas mesmo em processo de desenvolvimento. Isto significa que a dialéctica da aprendizagem que gerou o desenvolvimento real, gerou também habilidades que se encontram a um nível menos elaborado que o já consolidado. Desta forma, o desenvolvimento potencial é aquele que o sujeito poderá construir.

Este processo de desenvolvimento é suportado pelo princípio de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) que define a distância entre o *nível de desenvolvimento real*, determinado pela capacidade de resolver um problema sem ajuda, e o *nível de desenvolvimento potencial*, determinado através de resolução de um problema sob a orientação de um adulto ou em colaboração com outro companheiro, o que quer dizer que há uma série de informações que a pessoa tem a potencialidade de aprender mas ainda não completou o processo, ou seja, conhecimentos fora de seu alcance actual, mas potencialmente atingíveis (Dahms et al., 2007; Marques, 2007; Schütz, 2004; Lourenço, 2002). A ZDP auxilia o sujeito a lidar com a natureza provisória e relacional dos seus marcos identitários pessoais, bem como o desenvolvimento emocional através da construção de relações mais flexíveis da pessoa num determinado grupo, permitindo-lhes fazer o que está além das suas possibilidades actuais, a actuarem na perspectiva do “quê” em que se estão tornando, a criarem continuamente actuações para si mesmos, a se

desenvolverem culturalmente e crescerem pessoalmente, na perspectiva de uma educação emancipatória (Japiassu, 2005; Lima 2005). Deste modo, a ZDP adquire expressão prática nos processos de mediação cognitiva, sociocultural e ambiental dos estudantes que potenciam o desenvolvimento da sua aprendizagem.

Nesta investigação, associados à construção de narrativas reflexivas pelos estudantes em ensino clínico estiveram presentes elementos de mediação que potenciaram o desenvolvimento do estudante no seu processo de aprendizagem (figura 23).

Figura 23. Potenciação da aprendizagem pela mediação



Esta figura pretende ilustrar de modo esquemático a relação entre a experiência e a construção da aprendizagem, potenciada pela mediação de supervisores, profissionais, grupo de pares e guia de orientação para a construção narrativa que actuaram sinergicamente no desenvolvimento da zona proximal dos estudantes para o processo de construção reflexiva das narrativas, bem como para a construção de sentidos à própria experiência.

Trata-se de um cenário de textura complexa em que o papel da linguagem constitui factor relevante, no sentido do apoio ou questionamento social para o encorajamento e orientação dos estudantes no desenvolvimento do seu potencial de aprendizagem. A linguagem, aqui expressa enquanto questionamento dos profissionais e supervisores, partilha e discussão entre pares, questionamento proposto no guia de orientação, como palavras de símbolo linguístico, opera como mediação entre o estudante e o ambiente social (contextos de práticas de cuidados), para a internalização de competências e instrumentos que conduzem à aquisição de capacidades de pensamento mais desenvolvidas, à construção de conhecimento útil e ao desenvolvimento de

competências pessoais e profissionais, como demonstrado neste estudo pelos resultados investigativos. De acordo com Dahms *et al.* (2007) e Marques (2007) as estruturas de mediação constituem o cerne do processo de desenvolvimento cognitivo do formando.

O processo de mediação é narrado pelos próprios estudantes no desenvolvimento da sua responsabilidade ao expressarem o pedido de colaboração de profissionais, a procura de *feedback* relativo ao seu desempenho, assumindo a consciência pessoal das suas limitações e, por isso, a necessidade de apoio por outros mais capazes para passarem do estágio I, relativo ao início da capacidade que caracteriza a zona de desenvolvimento real, ao estágio II, relativo à autonomia e desenvolvimento de capacidades, permitindo ir além de quem são e criar algo de novo (Japiassu, 2005). Deste modo, constata-se a criação de ambientes para que os estudantes possam actuar, possam (re)iniciar o seu crescimento pela ligação entre as pessoas e o contexto cultural em que vivem e são educados (Dahms *et al.*, 2007; Lima, 2005).

Os elementos de mediação, enquanto encorajamento e orientação de outros, requerem que o estudante se auto-implique no esforço individual de crescimento, com estratégias de partilha e sentido integrador e significativo do todo (Sá-Chaves, 2000a). O esforço individual de crescimento remete para uma nova dimensão do conhecimento: a consciência de não saber ou a impossibilidade de saber tudo e a constatação de um espaço de incompletude e de ignorância que se traduz no fortalecimento do saber profissional, pois força o que já se sabe a reconstruir-se e leva à transfiguração sempre que passado o *registo de enunciação* ao *registo da acção*, pela força criativa das dúvidas e efeito multiplicador das diferenças (*ibidem*, 2000a).

Esta *dimensão ignorância* corresponde à imprevisibilidade contextual da acção prática que só é definitivamente apreensível no exacto momento da acção, o que subentende um exercício reflexivo lógico entre o conhecido e o desconhecido, a produção no local e um saber sempre novo, porque único. A dimensão *ignorância* prefigura a dimensão *agir* que é pensar (Sá-Chaves, 2000a), facilitada e potenciada por processos e instrumentos de mediação ajustados à natureza pessoal do estudante e da situação com a qual é confrontado.

Os elementos de mediação desenvolvidos numa atmosfera afectivo-relacional, como o encorajamento (Tavares, 1992), o questionamento (Jesus, 1995) e a cooperação (D' Espiney, 1997), favorecem o desenvolvimento de uma maior autonomia dos formandos, maior participação e dinâmicas auto formativas, assim como uma apropriação significativa da experiência enquanto processo de formação.

Deste modo, pensamos que o processo reflexivo desenvolvido pelos estudantes imerso em cenários de encorajamento, apoio e questionamento – os elementos de mediação – se constitui em verdadeira aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes, que passam a ser mais autónomos e emancipados na construção da sua profissionalidade (Abreu, 2001).

2.3. APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO CONSTRUÍDOS NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO ECOLÓGICA PELA REFLEXIVIDADE ENTRE SISTEMAS

O modelo ecológico de desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner (2002) envolve quatro núcleos inter-relacionados na construção desenvolvimental bioecológica do sujeito: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo (Portugal, 1992; Bronfenbrenner, 2002; Ceconello e Koller, 2003).

O processo é destacado como o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento, sendo visto enquanto processos de interação do ser humano progressivamente mais complexos com as pessoas, objectos e símbolos presentes no seu ambiente mais próximo, que são denominadas no modelo bioecológico como processos proximais de desenvolvimento (Ceconello e Koller, 2003), geradores de competência ou disfunção, dependendo do tipo de habilidades e capacidades do sujeito para conduzir e direccionar o seu próprio comportamento através de situações.

A pessoa, encarada como ser dinâmico, enquanto produtora e produto do desenvolvimento, insere-se no meio em que vive e reorganiza-o (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Ceconello e Koller, 2003). Nesta visão bioecológica do desenvolvimento humano Bronfenbrenner (2002a) acentua as *actividades molares*, enquanto comportamentos que têm continuidade, significado próprio e intencionalidade para a pessoa que os apresenta, sendo consideradas actividades integrantes dos processos proximais e através delas a pessoa exercita a autonomia e o desempenho de diferentes papéis.

O contexto é definido enquanto meio ambiente que inclui as interconexões entre os diferentes ambientes no processo de desenvolvimento do indivíduo, bem como as influências externas oriundas de ambientes mais amplos, não se limitando ao contexto imediato, mas englobando a inter-relação entre vários contextos: microsistema, mesosistema, exosistema e macrosistema (Bronfenbrenner, 2002; Farinha, 2008).

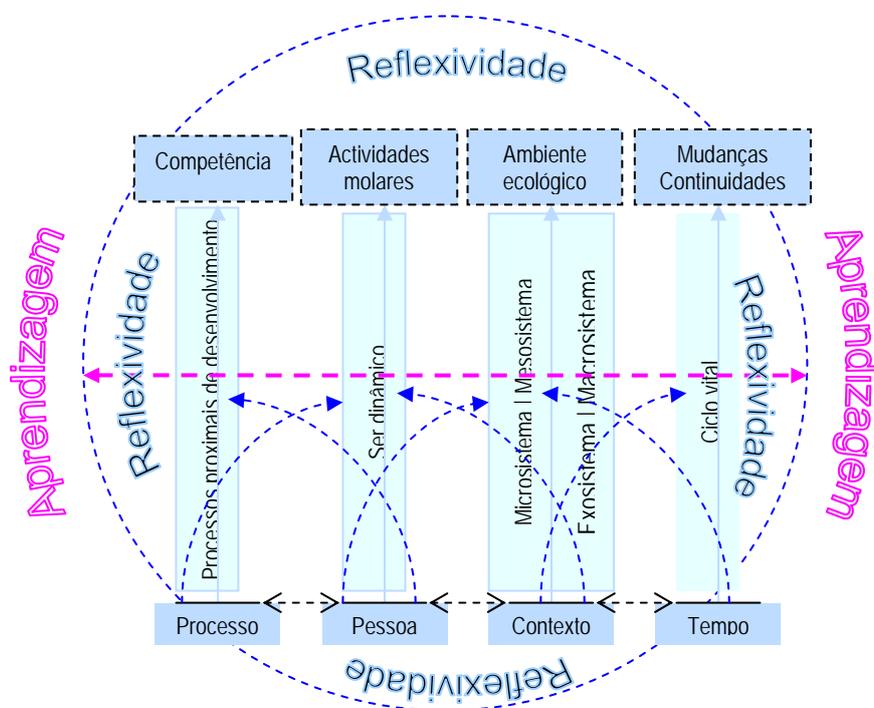
O tempo, quarto componente do modelo, permite examinar a influência para o desenvolvimento humano de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida, devendo centrar a pessoa em relação aos acontecimentos presentes na sua vida, desde os mais próximos até os mais distantes, vendo as mudanças que ocorrem através do tempo não apenas como produtos, mas também produtores da mudança (Bronfenbrenner e Morris, 1998, citados por Ceconello e Koller, 2003).

Nesta investigação, a construção de narrativas reflexivas em ensino clínico é concomitante ao processo de crescimento do estudante no desenvolvimento de actividades clínicas que cruzam em simultâneo cinco aspectos referentes ao processo: i) o estudante está envolvido em actividades experienciais; ii) a interação do estudante com essas actividades ocorre numa base regular, contínua e em períodos relativamente dilatados no tempo (cinco semanas em cada área de ensino clínico); iii) as actividades em que está envolvido crêem-se terem sido progressivamente mais complexas; iv) nestas actividades está presente a reciprocidade nas relações interpessoais; e v) a

interacção recíproca ocorre pela presença de actividades experienciais, símbolos linguísticos e outros, no ambiente imediato que estimula a atenção, exploração, manipulação e imaginação do estudante em situação de aprendizagem clínica, expressos nos discursos narrativos analisados.

Como procuramos ilustrar na figura 24, aqueles aspectos constituem os *processos proximais* (Bronfenbrenner, 2002; 2002a; Cecconello e Koller, 2003) de desenvolvimento do estudante, traduzidos, neste estudo em aquisição e desenvolvimento de competências profissionais de *iniciado avançado* (Benner, 2001), nos domínios da responsabilidade, prática segundo a ética, prática legal, prestação de cuidados e desenvolvimento profissional, bem como na aquisição e construção de conhecimento empírico, estético, pessoal, ético e reflexivo, como exposto em capítulos anteriores.

Figura 24. Aprendizagem ecológica pela reflexividade



Como referimos, a construção de narrativas reflexivas ocorre em simultâneo e em interacção directa com as actividades experienciais do estudante em ensino clínico, o que leva o estudante a seleccionar uma dada experiência do seu contexto, que adquire significado experiencial pelo processo reflexivo em torno daquela realizado. A construção destas narrativas reflexivas e os resultados delas provenientes constituem, por si só, evidência de que foram promotoras de desenvolvimento do estudante, enquanto actividades molares expressivas de comportamentos que têm continuidade, significado próprio e intencionalidade para o estudante e através delas o estudante exercita a autonomia e o desempenho de diferentes papéis. Configuram trajectos

geradores de *processos de transição ecológica* (Bronfenbrenner, 2002; 2002a), a quatro níveis: i) micro-sistémico, enquanto processo de interacção intra e interpessoal pessoal de tomada de consciência de si nas situações significativas de cuidados; ii) meso-sistémico, pelos processos de interacção do estudante com outros elementos significativos do contexto, supervisores, profissionais, grupo de pares, que permitiram aceder a outras perspectivas relativas à situação experienciada; iii) exo-sistémico, pelo recurso e interacção com o conhecimento disciplinar relacionado com a situação vivida; e iv) macro-sistémico, pelo esforço de interacção entre a intrasubjectividade percebida e as outras perspectivas envolvidas, que se expressaram na natureza metaprática e metacognitiva que a construção de novas perspectivas de intervenção envolveram.

O factor tempo – cronossistema – enquanto núcleo de relação com os factores acima referidos, representa a regularidade e continuidade na actividade experiencial e na construção narrativa, que ocorre em períodos de tempo relativamente dilatados (cinco semanas para cada área de ensino clínico e construção de uma narrativa reflexiva), permitiu examinar a ocorrência de variabilidades quanto ao contexto, bem como quanto à continuidade narrativa.

Este elemento do modelo bioecológico de desenvolvimento humano, o tempo, adquire contornos mais expressivos nas metareflexões dos estudantes, pois que ocorrem numa distância temporal de um ano lectivo, e que pelo distanciamento e transcendência cognitiva permite aos estudantes transpor a *ignorância secundária* – não saber que não sabe (Ribeiro, 2003) pela consciência de controlo e gestão dos seus próprios processos cognitivos, compreendendo intrinsecamente a noção de responsabilidade pelo seu desempenho e ter confiança nas suas próprias capacidades, que lhes permite encarar com alguma segurança o desconhecido, a surpresa, o êxtase, o choque e a dor, elementos assíduos em cenários de prestação de cuidados de saúde.

Os processos reflexivos ecologicamente construídos acentuam processos de construção identitária, expressos pelos discursos narrativos e metanarrativos de auto referenciação, conhecimento e consciência de si e de projecção no futuro que evidenciam a construção do estudante enquanto pessoa e futuro profissional. Este processo facultava-lhe o contacto com o mundo em geral (a vida, como alguns estudantes referem) e com a enfermagem em particular com uma ideia positiva de si próprio (Abreu, 2001). De facto, o percurso de reflexividade desenvolvido pelos estudantes em ambiente ecológico remete para o entendimento da sua construção identitária enquanto *“trajectória e percurso de vida que permite moldar a sua identidade”* (Abreu, 2001: 22), que pensado e reflectido a partir de contextos de práticas de cuidados próprios permite afirmar a aprendizagem dos estudantes, também, como processo de construção identitária: saber quem é e reconhecer-se a si próprio como ser em transformação.

Dado o carácter central da concepção de pessoa como ser em transformação no modelo de desenvolvimento bioecológico, o conceito de formação reflexiva emerge neste estudo como a auto-implicação do sujeito no esforço individual de crescimento, que lhe permite situar-se no mundo que o rodeia tendo consciência de que o compreende e nele pode intervir activamente

porque se conhece a si próprio como ser pensante e actuante e conhece os referentes que lhe permitem interpretá-lo na sua constância, mas também no dinamismo das suas transformações. Mais que um conceito, os processos reflexivos inerentes a uma prática reflexiva são um modo de estar na acção que, por via da intencionalidade e consciência crítica, capacita o estudante para agir na incerteza e imprevisibilidade que a complexidade das situações de cuidados hoje transporta. A intencionalidade desta consciência facilita a avaliação do conhecimento proveniente da tomada de consciência do *eu* para desenvolver a compreensão do fenómeno vivido.

Pelo exposto, parece podermos afirmar com forte plausibilidade que o processo de desenvolvimento bioecológico favorece a aprendizagem reflexiva dos estudantes revelando o modo singular como cada um é afectado pelo desconhecido, o processo de introspecção sobre si mesmo e a metamorfose operada na construção projectiva de novas perspectivas de intervenção, que definem a complexidade da aprendizagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo pretende-se construir conhecimento substantivo e convergente no domínio da didáctica inscrita no paradigma da reflexividade crítica, bem como evidenciar contributos para a didáctica da supervisão em ensino clínico de enfermagem. Tem como objectivo principal analisar criticamente as potencialidades da construção de narrativas reflexivas e metareflexões no processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem, em contexto de ensino clínico, potencialidades encaradas enquanto força catalisadora e promotora de construção de saberes experienciais e de aquisição e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais por parte dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

O ponto de partida desta investigação apoia-se na questão: *Como se processa a construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem em contexto de ensino clínico pelo recurso à construção sistemática e continuada de reflexões?*

Esta questão ancora-se na nossa experiência pessoal como docente numa escola de enfermagem há mais de vinte anos, apoiada pelo percurso teórico que procuramos trilhar e que nos permitiu assumir como pressupostos investigativos a possibilidade de intervir intencionalmente nos processos de construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico, a partir de práticas supervisivas orientadas para a reflexão sistemática e continuada dos estudantes sobre as práticas de cuidados experienciadas e que os processos reflexivos sendo sustentados e apoiados com um enquadramento específico promoveria a aprendizagem significativa dos estudantes de enfermagem na formação inicial, em ensino clínico.

A relevância desta investigação para a educação em enfermagem prende-se com a concepção de que a experiência clínica dos estudantes deve ser acompanhada de estratégias pedagógicas promotoras de reflexão sobre as práticas de cuidados (Johns, 2004; 2005), pois tem benefícios para a aprendizagem dos estudantes (Astor *et al.* 1998) e expressa a construção de significados perante situações, a partir dos quais é possível identificar categorias descritivas dos vários modos de experienciar, sentir, pensar, agir, construir conhecimento e desenvolver competências. Conhecendo esses significados construídos narrativamente pelos estudantes, os supervisores podem desenvolver uma didáctica ajustada à natureza idiossincrática de cada estudante, favorecendo e potenciando processos de aprendizagem experiencial significativa em ambiente ecológico.

Para sustentar teórica, metodológica e empiricamente a implementação de processos pedagógicos em ensino clínico promotores de reflexão, sob a forma de narrativas reflexivas e metareflexões no final dos mesmos, realizámos uma incursão à enfermagem, enquanto disciplina e prática, e campo de aprendizagem dos estudantes, procurando perceber em que estado se encontram as suas assunções filosóficas, a construção e estrutura de conhecimento próprio, bem como as questões relativas ao processo educativo em enfermagem, de modo a poder focar e enquadrar o estudo. Esta abordagem pretendeu deixar claro que hoje a certeza não faz mais parte

dos cenários de prestação de cuidados. A enfermagem compreende múltiplos paradigmas e metodologias, bem como assunções filosóficas, para adequadamente responder ao complexo e multifacetado fenómeno humano que é o foco do questionamento clínico em enfermagem. No entanto, parece haver algum consenso quanto ao objecto de atenção em enfermagem e aos processos cuidativos, enquanto essência da função de enfermagem.

Os aspectos epistemológicos e metodológicos dos processos de construção de conhecimento em enfermagem mostram que é desejável compreender a diversidade que amplia as bases fundacionais da enfermagem (Booth, Kenrick e Woods, 1997). Neste sentido, a prática formativa investigada através de paradigmas interpretativo e crítico pode contribuir para a melhoria da condição humana, pela possibilidade emancipatória que tais abordagens encerram (Lutz, Jones e Kendall, 1997). Assim, é condição primeira para o desenvolvimento dos processos formativos em enfermagem possuir conhecimento teórico sustentado acerca da educação em enfermagem, considerando os legados e historicidade dos seus decursos, bem como os processos educacionais que suportam e dão sentido às práticas formativas que se pretendem geradoras e potenciadoras de profissionais autónomos, emancipados, criativos e reflexivos nos seus processos cuidativos.

Do ponto de vista formativo, reforçámos a visão dos processos de transformação que operam no cenário da educação em enfermagem e do processo nuclear que o ensino clínico constitui para a formação e socialização profissional dos estudantes de enfermagem, sem descuidar os processos de supervisão e os processos de reflexão para a construção identitária e processos de autonomização e emancipação profissionais. Clarificamos a importância de que se revestem os ensinamentos clínicos nesse processo educativo e as estratégias metodológicas utilizadas que concorrem para uma aprendizagem de qualidade nesses contextos – a supervisão clínica aliada a processos reflexivos.

Explorámos paradigmas da educação e teorias de aprendizagem centradas no formando no sentido de aprofundarmos e fortalecermos concepções de educação promotoras e facilitadoras da aprendizagem dos estudantes, imergindo nos conceitos e teorias da reflexão e prática reflexiva para apreender de modo mais consistente processos, modelos e enquadramentos para a reflexão, propostos e investigados no âmbito da educação em geral e na enfermagem em particular. Deste modo, fortalecemos a ideia de que a reflexão para se constituir num verdadeiro instrumento de aprendizagem exige a definição clara de objectivos e propósitos, bem como enquadramentos específicos que apoiem esses objectivos, requisitos que considerámos na promoção das estratégias didácticas implementadas.

A clarificação daqueles aspectos permite-nos afirmar que é inequívoco para o desenvolvimento de processos formativos em enfermagem a importância do conhecimento sustentado e criticamente apoiado em paradigmas educacionais e teorias de aprendizagem que apoiem opções geradoras e potenciadoras de profissionais autónomos, emancipados, criativos e reflexivos nos seus processos cuidativos. Neste sentido, o conhecimento das actuais exigências em matéria de prestação de cuidados constitui-se um referencial para a selecção e

desenvolvimento de estratégias ajustadas à formação de estudantes, inscritas numa didáctica da parceria, apoio e encorajamento da reflexividade, principalmente em contexto de ensino clínico, na formação inicial em enfermagem.

O percurso metodológico de construção da investigação foi pautado pelas concepções que entretanto fomos construindo e realizámos um estudo de caso único de abordagem qualitativa associando a investigação narrativa e a fenomenografia para os processos de recolha e análise da informação.

Partimos para o trabalho de campo munidos das nossas concepções, mas também de incertezas e muitas dúvidas quanto aos processos interactivos a desenvolver com os estudantes, docentes e enfermeiros, que acederam voluntariamente participar no estudo.

Recolhida a informação passámos à análise da mesma, que se revelou ser um percurso exaustivo e moroso, mas também motivador e desafiante.

Pela análise das narrativas reflexivas e metareflexões dos estudantes participantes acedemos aos seus processos de aprendizagem e desenvolvimento a partir do interior narrativo que permitiu explicitar as operações que produziram tipos particulares de significados e evidenciar as implicações que esses significados têm na compreensão do processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes. Verificamos que a textura da aprendizagem do estudante em ensino clínico pela via da construção narrativa é complexa. Neste processo reflexivo identificamos significados que configuram resultados representativos da construção de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes.

Os estudantes seleccionaram situações de cuidados, para eles significativas, predominantemente centradas no cliente e neste a maior expressividade situa-se em “expressões emocionais”, quer consideremos a sua distribuição segundo os estudantes ou a área de ensino clínico, bem como a sua distribuição em termos de continuidade narrativa.

Os significados atribuídos pelos estudantes àquelas situações são predominantemente de natureza positiva, imediatamente seguidos por significados de natureza negativa sendo evidente a variabilidade de natureza pessoal na atribuição daqueles significados, bem como alguma variabilidade de natureza contextual associada aos mesmos.

A maioria dos estudantes (7 em 10) expressa dificuldades na selecção de situações significativas para a realização das narrativas, observando-se maior expressividade na “existência de várias situações passíveis de realizar uma reflexão”. Esta dificuldade varia em função do estudante e aumenta a sua expressividade à medida que os estudantes vão realizando mais narrativas.

Os estudantes evidenciam discursos de interacção com as situações significativas de cuidados de natureza afectiva, cognitiva e comportamental. A interacção afectiva, sentimentos, é expressa perante a situação significativa descrita e de predominância negativa. Após a análise das situações, os estudantes expressam mais sentimentos de natureza positiva, mas cuja variabilidade se observa em dois estudantes que mantêm expressões sentimentais de carácter menos positivo.

A variabilidade de natureza contextual é residual e a continuidade narrativa parece favorecer uma maior tendência para a expressão de sentimentos negativos após a análise das situações.

A interacção cognitiva com as situações significativas de cuidados, pela inferência de níveis de pensamento, é diversa. Inferimos níveis de pensamento de senso comum, de pensamento crítico e de pensamento metacognitivo. Os níveis de pensamento crítico e metacognitivo têm uma maior expressividade narrativa do que o nível de pensamento de senso comum e parece haver uma certa disposição para a menor expressão daquele nível de pensamento com a continuidade narrativa. Não se constata factores de variabilidade pessoal ou contextual assinalável na expressão dos diferentes níveis de pensamento. No entanto, no nível de pensamento metacognitivo de natureza auto-reguladora, observam-se variações importantes na expressividade narrativa segundo os estudantes. Há estudantes que não expressam processos de auto-monitorização nem auto-reforço, e este último tem uma menor expressividade nos discursos narrativos dos estudantes. A continuidade na construção de narrativas parece favorecer os processos de auto-regulação do estudante, principalmente nas dimensões auto-monitorização e auto-avaliação. Estes resultados reforçam a ideia da necessidade de construção de processos de mediação da auto-regulação do estudante face às suas experiências de aprendizagem, pois é através destes processos que ocorre a reconstrução e reconfiguração do saber, o conhecimento do próprio conhecimento e das capacidades pessoais, elementos estes relevantes num processo de aprendizagem experiencial significativa aberta à complexidade das situações de cuidados.

Quanto à interacção de natureza comportamental, identificamos narrativas de formas de agir profissional com vários componentes de acção. Identificamos as componentes deliberação de agir, realização de acções, objectivos da acção realizada, recursos mobilizados para a realização da acção, factores que influenciaram a acção e avaliação das acções. As componentes realização de acções e avaliação de acções têm uma maior expressividade narrativa que os outros componentes identificados, mas parece haver uma certa disposição para a maior expressão das outras componentes com a continuidade narrativa. Constatam-se factores de variabilidade pessoal na expressão dos diferentes componentes nas formas de agir dos estudantes, o mesmo não se verificando quanto ao factor de variabilidade contextual, cuja variação é flutuante e muito pouco expressiva.

A continuidade na construção de narrativas parece favorecer a construção de raciocínios mais complexos e reflexivos em torno das formas de agir do estudante perante as situações de cuidados narradas. Estes resultados reforçam a noção da importância de enquadramentos para a reflexão e da continuidade dos processos reflexivos em contextos de ensino clínico, mais do que experiências isoladas e sem enquadramento referencial de apoio e suporte a uma reflexão fecunda.

Os estudantes expressam modos de resposta activados perante as situações de cuidados experienciadas, sendo a resposta cognitiva e emocional os modos de resposta mais activados.

Acedemos a padrões de aquisição e construção de conhecimento pela análise dos discursos narrativos dos estudantes. Identificamos expressões reveladoras de aquisição e construção de

conhecimento nos padrões de conhecimento empírico, ético-legal, pessoal, estético e reflexivo. O conhecimento empírico foi identificado enquanto transferência de conhecimento nas práticas, quanto à sua confirmação, reconhecimento, reforço, apropriação e aquisição do mesmo. O conhecimento ético-legal é expresso enquanto utilização da ética dos princípios e direitos do cliente nas práticas de cuidados descritas pelos estudantes. O conhecimento pessoal foi apreendido nas dimensões conhecimento, aceitação e transformação de si, bem como no desejo de ver e aprender. O conhecimento estético, referindo-se aos modos de saber fazer enfermagem, foi identificado na sua componente projectiva, na explicitação do saber como fazer, bem como na explicitação de não saber como fazer. O conhecimento reflexivo adquiriu expressão pelos processos de compreensão e consciência narrados pelos estudantes.

Fica explícito que o processo de aquisição e construção de conhecimento se realiza em cada situação social, devendo ser considerado como uma actividade mental através da qual o sujeito reconstrói e reelabora a sua forma peculiar de se relacionar com a realidade. A experiência reconstruída pelo relato narrativo constitui um elemento veiculante da construção de conhecimento, ligada ao onde, como, porquê e para quê reflectir sobre ela. A experiência narrada está vinculada ao contexto social, à organização em que ocorre, ao sistema de valores que a acompanha e ao tipo de elaboração que serve de elemento ao conhecimento privado, ou implícito, tornado explícito na forma de discurso narrativo.

Com a aquisição e construção de conhecimento expresso pelos discursos narrativos dos estudantes parece tornar-se evidente que aquele é resultante de percursos complexos de (se) compreender nas situações experienciais, em que experiência e saber são estruturados, absorvidos e elaborados pela reflexão.

A aquisição e desenvolvimento de competências emergiram da análise interpretativa dos discursos narrativos dos estudantes. Identificamos, como domínios de competência, a responsabilidade, a prática segundo a ética, a prática legal, a prática de cuidados e o desenvolvimento profissional. Estes domínios emergiram com diferentes níveis de expressividade, salientando-se a responsabilidade, a prática de cuidados e o desenvolvimento profissional.

A possibilidade de aceder à aquisição e desenvolvimento de competências pela expressão narrativa dos estudantes prende-se com o facto de os estudantes darem conta da realidade que permite apreender a sua própria experiência e sobre ela deduzir processos de aquisição e desenvolvimento de competência profissional, que de outro modo só seria possível através da observação directa dos seus desempenhos no terreno. Este recurso estratégico construído no sentido da produção de textos investigativos é simultaneamente uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento profissional, pelo poder que os estudantes experimentam na reconstrução das suas experiências, delas tomar consciência, se auto-referenciarem e de se projectarem pela reflexão que antecipa possibilidades. A competência pode, por isso, ser caracterizada por um saber mobilizado no contexto de trabalho, sob a forma de capacidades cognitivas, sócio-afectivas e psicomotoras, inscritas no contexto cultural e social em que ocorrem (Ramos, 2002). Por outro lado, a utilização das narrativas reflexivas permite a abordagem

dialógica de competência que pressupõe a transferência da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática, que combinados harmonizam distintas maneiras de realizar com sucesso as acções essenciais e características da prática profissional de enfermagem. É pela reflexão e teorização das acções da prática profissional realizadas pelos estudantes que se torna possível aceder aos processos de aquisição e desenvolvimento de competências, bem como a sua consistência e funcionalidade para enfrentar situações reais e complexas de cuidados, segundo padrões de excelência socialmente definidos. Este paradigma, o da reflexividade crítica, ao integrar teoria e prática constitui-se como processo de investigação da acção, articulando a criatividade da prática ao potencial emancipatório da teoria e da reflexão (Lima, 2005).

Acedemos, ainda, às concepções de reflexão expressas pelos estudantes no início e no final das narrativas por eles realizadas. Mais do que procurar a essência das concepções expressas, tivemos como preocupação expor e analisar a diversidade das concepções expressas. Verificamos que no início das narrativas os estudantes expressam as suas concepções de reflexão considerando os conceitos, finalidades, objectivos e as atitudes necessárias para fazer reflexão. Salientam a importância da reflexão para a construção da sua aprendizagem e enunciam etapas seguidas no processo de reflexão, que são congruentes com o enquadramento previamente disponibilizado para o apoio à construção das narrativas reflexivas. Há um estudante que manifesta a desvantagem da reflexão escrita, pela dificuldade na expressão narrativa de sentimentos e emoções. No final das narrativas os estudantes expressam o valor dos processos reflexivos realizados pelo incremento no seu processo de tomada de consciência pessoal e profissional, bem como das suas atitudes, comportamentos, acções e das situações de cuidados. Assinalam os contributos/utilidade da reflexão, bem como a sua importância para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

Existem factores de variabilidade pessoal, contextual e de continuidade narrativa na expressão das concepções dos estudantes acerca do processo reflexivo realizado, sendo a variação mais evidente entre os estudantes. Quanto à área clínica na qual é realizada a narrativa verifica-se uma menor expressividade na área de enfermagem materna, e parece observar-se um aumento na expressividade de concepções em torno do processo reflexivo no início das narrativas à medida que a sua continuidade evolui.

Os significados metanarrativos acerca do processo reflexivo realizado denotam que os estudantes o percebem globalmente de modo positivo e que contribui de modo eficaz para as suas aprendizagens. Foi possível constatar que os temas considerados mais relevantes nos processos reflexivos são de algum modo congruentes com os temas por nós identificados na análise das suas narrativas, bem como os aspectos considerados mais relevantes nas narrativas, que pontuam a interacção cognitiva com as situações narradas, sob a forma de pensamento, que entenderam ter desenvolvido.

Os significados dos estudantes quanto ao processo reflexivo realizado incluem também aspectos considerados positivos e negativos nas narrativas. Salientam-se os aspectos

considerados positivos e cujo conteúdo é convergente com os resultados relativos à aquisição e construção de conhecimento, bem como à aquisição e desenvolvimento de competências. Os aspectos negativos focados são bastante relevantes na componente avaliação do processo. Os estudantes percebem as narrativas reflexivas com tendo tido algum impacto pessoal, nomeadamente na percepção de dificuldades, no processo de auto-conhecimento, na percepção de desenvolvimento, na mudança de atitudes, especificamente nas atitudes de gestão do erro, na percepção de que é difícil narrar sentimentos e ainda na noção de evolução na construção das reflexões. Tecem algumas considerações acerca do processo reflexivo realizado, que expressam enquanto processo de natureza auto-avaliativo, de tomada de consciência, de compreensão e valorização do processo, de descoberta de novas capacidades e potencialidades pessoais e de perspectivas de futuro, quanto ao modo como encaram o processo reflexivo realizado. O guia de orientação facultado no início do processo é apreciado quanto aos seus aspectos positivos e negativos. Esses aspectos são congruentes com as considerações de vários investigadores na área da reflexão. Assinalam também algumas sugestões para o desenvolvimento do processo reflexivo, que consideramos bastante pertinentes e que devem ser ponderados em futuros trabalhos, nomeadamente nos aspectos relativos ao apoio e supervisão, especificamente os aspectos ligados à avaliação.

Estes resultados, expressando significados discursivamente narrados pelos estudantes, foram apresentados analisados e discutidos no contexto do que é já conhecido. A exploração dos resultados, situados no contexto teórico do já conhecido, conduziram-nos à conceptualização do processo de aprendizagem como construção de significados experienciais, sustentado nas teorias de aprendizagem de David Ausubel e de David Kolb, que nos levam também a assumir a presença de princípios validadores da experiência como aprendizagem, propostos por Isabel Alarcão. Verificámos que o processo de aprendizagem construído pelos estudantes integrou elementos de mediação, sem os quais a zona do seu desenvolvimento potencial dificilmente poderia ter ocorrido, e por esta via o processo de construção de aprendizagem reflexiva parece ter sido fortemente influenciado e edificado nas e pelas interacções estabelecidas entre os diferentes actores presentes nos contextos experienciais: estudantes, enfermeiros, supervisores e os próprios clientes de cuidados, que configura o processo de aprendizagem reflexiva também um processo de natureza social. Concebemos, ainda, o processo de aprendizagem construído pelos estudantes como processo transição ecológica, no qual interaccionaram o processo de reflexão, como processo proximal de desenvolvimento gerador de conhecimento e competências; a pessoa do estudante como ser dinâmico com comportamentos de continuidade, significado próprio e intencionalidade - *actividades molares*, que na perspectiva de Urie Bronfenbrenner são consideradas actividades integrantes dos processos proximais e através delas a pessoa exercita a autonomia e o desempenho de diferentes papéis (Bronfenbrenner, 2002a); o contexto, enquanto ambiente ecológico no qual o estudante experimentou processos de transição, geradores de desenvolvimento pessoal e profissional; e o tempo, que, como elemento do modelo bioecológico de desenvolvimento humano, permitiu considerar a influência de mudanças e continuidades ao

longo do período de ensino clínico e de construção narrativa, em que o estudante expressa mudanças não apenas como produtos, mas também, elas próprias, produtoras de mudança (Bronfenbrenner e Morris (1998) citados por Cecconello e Koller (2003).

Na perspectiva ecológica de construção de aprendizagem, o processo reflexivo desenvolvido pelos estudantes é expressão de modos de interação e de resposta singulares nas situações de cuidados, de aquisição e construção de conhecimento e de aquisição e desenvolvimento de competências que configuram processos de construção identitária, pelo poder auto-referenciador da construção reflexiva das narrativas, pelo conhecimento e consciência de si como pessoa e profissional nas situações de cuidados e pela capacidade projectiva evidenciada. O factor projectivo expresso caracteriza o estudante como ser em transformação, auto-implicado no esforço individual de crescimento, que lhe possibilita, situar-se no mundo que o rodeia tendo consciência de que o compreende e nele pode intervir activamente porque se conhece a si próprio como ser pensante e actuante e conhece os referentes que lhe permitem interpretá-lo na sua constância, mas também no dinamismo das suas transformações.

Deste modo, parece-nos poder considerar os processos reflexivos implementados com forte potencial na aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico, que era a questão de partida desta investigação.

De facto, como constatado pelos resultados apresentados, o processo reflexivo integrado no ensino clínico oferece a oportunidade de os estudantes de enfermagem aprenderem enfermagem em ambientes de prática cuidativa com os clientes e outros profissionais, como também referido por Kent (2004) e sendo a aprendizagem um processo social mais do que um processo individual, os processos de reflexão implementados nesta investigação cruzaram as duas vertentes da aprendizagem: aprendizagem enquanto processo social de relação na intersubjectividade e aprendizagem enquanto processo individual, o *silent game*, como nos refere Donald Schön (1998), ou o *milieu* desenvolvido por Georges Lerbet (2005) de reflexão pessoal na construção de saber.

Nesta perspectiva, a aprendizagem vincula-se aos processos reflexivos mas também à prática de cuidados, pois como refere Benner (2001), a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento, oferecendo uma perspectiva alternativa do conhecimento do enfermeiro competente, do modo como se pode prosseguir a pesquisa clínica e o desenvolvimento do conhecimento clínico na prática de enfermagem, pelo que o modo como tratamos a aprendizagem experiencial diária, na prática clínica, determina a extensão em que a investigação e a educação serão tanto colectivas como cumulativas e ligadas de um modo vital com a prática clínica. Na prática clínica, os estudantes desenvolvem tanto o conhecimento clínico quanto o conhecimento ético e moral, pois aprendem com os seus clientes e as suas famílias.

Deste modo, o cuidar é aprendido pela interação entre o conhecimento pessoal do estudante, o contexto e a experiência vivida, potenciada pela reflexão. Cuidar em enfermagem desenvolve-se em contexto experiencial de relação pessoal e profissional, gerando histórias de aprendizagem cuidativa, enquanto histórias de compreensão de si próprio e de desenvolvimento identitário ao longo do tempo e das trajectórias pessoais dos estudantes, expressas nas narrativas reflexivas.

Os estudantes em contexto de ensino clínico, que constitui um processo complexo, exige um balanço seguro entre o controlo do ensino, as necessidades cuidativas dos clientes e as necessidades de aprendizagem dos estudantes, que deverá ser encontrado e mantido, de modo a que este processo seja complementar (Kent, 2004). Para isso concorre, na perspectiva dos resultados desta investigação, a construção reflexiva sobre as experiências de aprendizagem.

Neste estudo, os estudantes na sua actividade cuidativa com recurso aos processos reflexivos desenvolveram conhecimento pessoal e profissional privado acerca dos seus modos de sentir, pensar e cuidar nas situações práticas. O julgamento clínico e a tomada de decisão presentes nos discursos narrativos dos estudantes mostram que aqueles processos são desenvolvidos na prática clínica e tornados conscientes pelo processo reflexivo. Verificámos, também, histórias de incerteza e relações inseguras na prática de cuidados que intersectam os modelos das equipas de cuidados, fazendo emergir dilemas éticos e morais nos processos cuidativos realizados pelos estudantes, revelados de modo mais evidente na descrição de situações significativas. Quanto a estas, a expressão de situações significativas centradas no cliente, e neste as “expressões emocionais”, constituem marcas significativas nas experiências de cuidados narradas pelos estudantes. Foram também narradas situações significativas no domínio do “ambiente de cuidados”, que merece particular atenção pela expressão de situações *socialmente hostis* que podem comprometer o processo de aprendizagem do estudante.

Considerando os resultados relativos à aquisição e construção de conhecimento decorrentes dos discursos narrativos dos estudantes, consideramos que só foi possível aceder-lhes pelo facto de termos utilizado uma abordagem qualitativa, com recurso à hermenêutica interpretativa. Deste modo, foi possível apreender o domínio qualitativo do conhecimento, que possui implicações no desenvolvimento multidimensional do sujeito, pois que é neste âmbito que ocorre a reflexão que possibilita pensar a flexibilidade e complexidade como um dos maiores recursos de desenvolvimento da cognição humana.

Figueiroa (2007) considera que é impossível aceder a uma realidade dissociada da relação cognitiva em que é configurada, pelo que toda a estratégia metodológica deverá ser definida não só em termos ontológicos, mas também epistemológicos. Esta foi uma das preocupações do investigador: aprender a olhar, ver e reflectir, apreendendo o dito, mas também o não dito, procurando desvendar aquelas que seriam as perspectivas e significados imersos nos discursos narrativos dos estudantes.

O desenvolvimento de competências dos estudantes em ensino clínico, aqui desocultado pelos resultados identificados nas suas expressões narrativas, leva-nos a considerar que o desenvolvimento de competências na formação inicial em enfermagem impõe uma atenção especial ao contexto no qual elas se adquirem e desenvolvem, com particular ênfase nas estratégias de reflexão articuladas com as problemáticas da identidade e profissionalidade dos estudantes, que dificilmente podem ser reduzidas a uma disciplina escolar. Estas devem ser trabalhadas, como opina Meghnagi (1998), na complexidade dos contextos de produção de cuidados, nos quais as dimensões científicas, tecnológicas e relacionais se definem, se constroem

e se (re)constroem em referenciais de valores e conhecimentos de natureza variada. A competência profissional em enfermagem não se explica a partir de uma simples série de actuações constantes, sobre problemas relativamente homogéneos e constantemente idênticos entre si. Caracteriza-se, sobretudo, pela variedade teoricamente ilimitada de questões e de imprevistos a serem enfrentados adequando e reelaborando o saber que se possui. Esta variedade é neste sentido flexível, exigindo um conjunto complexo de conhecimentos e habilidades. Quanto mais a realidade for mutável, mais diversificada deve ser a capacidade de resposta, pelo que ao estudante de enfermagem deverão ser proporcionadas estratégias didácticas e estimuladas condições para desenvolver a capacidade de raciocinar e compreender as mudanças e não em fornecer respostas estereotipadas. O estudante deve poder escolher entre diferentes alternativas, de vez em quando flexíveis, de forma adequada, que se configura como resultante de diferentes processos de aprendizagem e percursos educativos reflexivos.

A capacidade de agir e decidir sozinho e com os outros, em situações que envolvem possibilidades de escolha, é uma componente importante para a competência através dos elementos da reflexão e de auto-reflexão que acompanham o explicar-se. Meghnagi (1998) refere que este explicar-se move dimensões complexas, pois que cada decisão se fundamenta na análise e interpretação do contexto e nos juízos que não podem ser unívocos e universais. Nos processos de decisão está sempre presente uma componente emocional que pode provocar ansiedades e erros, mas que sendo atempadamente objecto de reflexão é produtora de configurações eficazes e produtivas, pela formulação de hipóteses inovadoras, como evidenciam os resultados desta investigação.

Consideramos, do mesmo modo que Ramos (2002), que pela complexidade das competências profissionais que estão em jogo, no seu processo de aquisição e desenvolvimento em enfermagem, é indiscutível a conveniência de se relacionar as actividades pedagógicas às situações de trabalho de modo a que estas possam constituir-se referência para o horizonte da formação, a qual se orienta para a ampliação das capacidades intelectuais, afectivas e comportamentais dos estudantes.

Os resultados desta investigação permitem-nos também referir que quanto mais a formação inicial for rigorosa, complexa e reflexiva, mais os recém licenciados terão oportunidade de se munirem de ferramentas cognitivas e instrumentais para fazer face ao mundo do trabalho que em enfermagem é complexo e incerto. Quanto mais os formandos tiverem oportunidade de governarem os seus percursos e recursos formativos, maior será o seu poder em relação ao mundo do trabalho. Este estudo mostra de que modo o encorajamento, o debate e a reflexão ajudam os estudantes a olhar aspectos a partir de diferentes perspectivas, o que lhes dá confiança no seu próprio conhecimento prático e ajuda-os na sua avaliação e expansão, tal como referido por Reed e Procter (1993).

De facto, os resultados apresentados, analisados e discutidos na segunda parte deste trabalho incluem processos de aprendizagem auto-regulada que afecta fortemente a percepção de desempenho individual dos estudantes, pelo que esta investigação sobre a aprendizagem e

desenvolvimento pela reflexão está fortemente relacionada com as habilidades de comportamento cognitivo de auto-monitorização, auto-avaliação e auto-reforço, que são aspectos essenciais da metacognição (Kuiper e Pesut, 2004).

Os aspectos de auto-regulação, sendo por excelência elementos de metacognição, tornaram possível validar a conjectura de que a compreensão e consciência que o estudante desenvolve pelo processo reflexivo torna-o capaz de tomar conhecimento de si como autor em situação e é capaz de se conhecer a de si próprio, encerrando a possibilidade de cada um identificar, conhecer e controlar conscientemente as múltiplas dimensões apreendendo, no seu conjunto, as acções, sentimentos e pensamentos vividos, a partir do qual é possível fazer a reflexão (Sá-Chaves, 2000a).

O processo de construção de narrativas reflexivas, enquanto processo investigativo, é por nós encarado com um enorme leque de possibilidades para reenquadrar os puzzles da teoria e da prática do ensino clínico. A narrativa constitui o esquema fundamental para ligar acções humanas individuais e acontecimentos em aspectos interligados para uma composição compreensível.

Kent (2004) considera que a unidade narrativa do cuidado vivido e falado enquanto cuidado e controlo do ensino clínico é reconstruída com uma nova compreensão da continuidade cuidativa em relação ao conhecimento prático pessoal dos estudantes.

Deste modo, a narrativa expôs o significado que os acontecimentos tiveram para os estudantes fornecendo uma descrição de sentimentos, pensamentos e de acções que incluiu a dimensão temporal da sua ocorrência.

A natureza reflexiva da investigação narrativa presente nas histórias do eu e nas aprendizagens construídas permitem uma nova compreensão da experiência cuidativa e da aprendizagem na relação com o outro. Também Kent (2004) considera que o conhecimento construído no contexto narrativo permite a compreensão da aprendizagem experiencial em termos pessoal e social, como se tornou explícito neste estudo.

O entendimento narrativo é considerado por Polkinghorne (2002) enquanto compreensão de um complexo de eventos, vendo o conjunto no qual as partes participaram e a sua explanação envolve um tipo especial de compreensão *“o qual converte amontoados de eventos em encadeamentos e enfatiza e amplia o âmago do julgamento sintético na nossa reflexão sobre a experiência”* (Polkinghorne, 2002: 22).

Benner (2001), fruto das suas investigações em torno das competências profissionais a partir da análise de narrativas, considera que a recolha de narrativas de aprendizagem experiencial permite identificar os pontos fortes das práticas, os desafios mais importantes ou os silêncios nos contextos locais da prática. Esta recolha e a reflexão interpretativa sobre essas narrativas permite adquirir novo conhecimento, a identificação de obstáculos às boas práticas e ainda a identificação de áreas de excelência.

Neste estudo as narrativas revelam o contexto, o processo e o conteúdo de um raciocínio moral prático. Revelam aspectos importantes do papel dos estudantes de enfermagem que não

podiam ser percebidos através de descrições formais de técnicas e procedimentos, ou de abordagens centradas nas descrições de tarefas de um determinado trabalho.

A prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. A prática é mais do que uma colecção de técnicas. A prática de enfermagem é bem mais complexa do que aquilo que a maioria das teorias formais de enfermagem preconizam. Por exemplo, os discursos narrativos neste estudo analisados permitiram perceber como o estudante aprende a escutar activamente e a responder empaticamente a alguém que está a enfrentar a morte ou situações de vida difíceis. Os estudantes escreveram, na primeira pessoa, narrativas de experiências sobre situações clínicas que lhes ensinaram algo de novo sobre a prática, ou que lhes ficaram na memória por alguma razão, tal como um erro que aconteceu, uma lição que se aprendeu, ou um exemplo de uma prática bem sucedida. Os estudantes escreveram de um modo vivo sobre falhas em situação de cuidados e forneceram comentários reflexivos que ajudaram a reforçar as aprendizagens realizadas.

Ensinar uma reflexão corajosa, porque genuína, na aprendizagem experiencial real e na prática requer um ambiente seguro e aberto (Benner, 2001). Porque as práticas de cuidar são relacionais e contextualizadas, o estudante de enfermagem não pode ter a certeza de que essa prática ocorreria noutra contexto de cuidados, com outras interacções ou circunstâncias, pelo que o bom julgamento clínico requer que os estudantes tenham uma visão centrada nos fins inerentes ao seu relacionamento com cada cliente. Isto requer o encontro com o cliente, enquanto uma pessoa específica, com as suas potencialidades e vulnerabilidades, como atestam as narrativas reflexivas realizadas.

A aquisição de competências baseadas na experiência reflexiva parece-nos ser segura e rápida se assentar em boas bases pedagógicas. Uma compreensão mais aprofundada da situação pela via da reflexão leva a um comportamento racional sem ter que seguir regras rígidas.

A relação enfermeira/estudante de enfermagem com o cliente não é correspondente a um modelo profissional uniforme, é antes um caleidoscópio de intimidade e de distanciamento durante momentos de vida humanos dramáticos e por vezes lancinantes. Não é um processo linear e simplista de resolução de problemas, é um processo de complexidade e de significação da prática pessoal (Benner, 2000), traduzido no processo reflexivo realizado pelos estudantes.

Os aspectos apontados constituem problemas que confrontam qualquer tentativa para compreender as operações inerentes á construção de significados pela análise de discursos narrativos.

O campo cognitivo de reflexividade no qual procuramos denominar a aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes não apresenta limites nem fronteiras, antes pelo contrário, abre-se constantemente a novas dimensões de interpretação, configurando sentido na experiência do estudante, que é desenvolvimento. A tarefa de construir uma concepção de aprendizagem e desenvolvimento a partir dos resultados apreendidos nas expressões narrativas dos estudantes permitiu-nos constatar o entrelaçado de experiências práticas e sentidos cognitivos próprios nos

processos de construção identitária, tal como referido por Abreu (2001) e Figueiroa (2007). Deste modo, favorecer os processos de aprendizagem pela via da reflexão está em criar condições aos estudantes para explorar o inquestionável, aquelas certezas que por estarem além do domínio técnico e metodológico, correm o risco de permanecer encerradas à análise e discussão e desse modo às suas possibilidades de evolução.

Finalmente, há que considerar que é a posse do conhecimento que promoverá a passagem da aceitação da autoridade para a autonomia, na perspectiva da autonomia intelectual e ética, permitindo que o estudante passe a ser participante, através de sua actividade, da criação de novas possibilidades de fazer, no que respeita ao processo de aprendizagem e aos processos de cuidados.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Enquadramos esta investigação no estudo de caso único com abordagem qualitativa associado à investigação narrativa e fenomenográfica.

O estudo de caso nesta investigação tem limitações relativas aos processos de triangulação nas fontes de informação, pois só usamos a informação produzida pelos estudantes na construção de narrativas reflexivas e metareflexões. Consideramos que a informação oral dos estudantes, bem como a dos supervisores poderia ser usada para uma compreensão mais abrangente e profunda das potencialidades da construção de narrativas reflexivas na aprendizagem dos estudantes.

Quanto à investigação narrativa, o processo investigativo, centrando-se no estudo e compreensão de significados pela análise de narrativas, comporta fragilidades. O facto de as narrativas representarem o vivido experiencial dos estudantes em ensino clínico e a reflexão em torno desse vivido, e não a experiência em si, contém significados que foram reconstruídos pelo próprio estudante, pois a actividade de atribuição de significados não é estática, pelo que a incerteza relativa à veracidade e genuinidade do conteúdo narrativo é de considerar, apesar de ter sido acautelada essa possibilidade.

Neste processo tivemos acesso apenas a uma única dimensão de significado: a nossa. Embora a realização de alguns procedimentos de validação intersubjectiva fossem conduzidos, não foi possível a observação directa dos sujeitos, pelo que a abordagem foi feita pela análise hermenêutica interpretativa de narrativas. Contudo, a actividade de produzir e recolher significados ocorreu fora do nosso controlo directo e o que foi possível através dos processos de análise é apenas o resultado do processo de construção de significados, não o processo em si mesmo.

Temos consciência de que o estudo dos significados a partir do uso de dados linguísticos – os discursos narrativos dos estudantes - permitiu estudar as expressões discursivas e as mensagens dadas pelos sujeitos acerca das suas experiências, sabendo-se, no entanto que as afirmações são sensíveis aos contextos em que são produzidas, pelo que os achados são efectivamente contextuais e locais aos estudantes participantes.

Também temos a noção de que o raciocínio hermenêutico usado para interpretar a informação não produz necessariamente conclusões ou certezas. Produziu apenas uma possibilidade interpretativa do conteúdo de significado das mensagens linguísticas.

Quanto à natureza dos resultados, ficou explícita a consideração de que os processos de avaliação utilizados não foram adequados à natureza idiossincrática da construção das narrativas, o que se traduziu, pelo menos num caso, na construção de narrativas não fidedignas, como afirma o próprio estudante.

PERSPECTIVAS DE DESENVOLVIMENTO

Para o currículo de enfermagem

Ramos (2002) refere que a organização e selecção de conteúdos devem ir além da matriz referencial das competências de natureza instrumental, guiando-se também por princípios epistemológicos, metodológicos e ético-políticos. Do mesmo modo, consideramos que conciliar esses critérios coerentemente implica construir um programa estruturado e organizado no tempo, ligado à natureza do processo de trabalho na sua totalidade e às relações sociais a que os estudantes são sujeitos.

Esse programa pode assumir formas diversas: i) Uma sequência de actividades práticas, de problemas ou de projectos pode servir de ponto de partida à reflexão e apreensão dos conteúdos a adquirir ou como momentos de consolidação dessas aquisições, estruturadas coerentemente com os conceitos científicos e tecnológicos fundamentais; ii) O reconhecimento de que os projectos se confrontam com a realidade social concreta é um princípio fundamental para se compreender o dinamismo da escola e sua “rebeldia” histórica, que transforma e supera as normas exteriores em outros projectos que nascem legitimamente do seu próprio interior; iii) A qualificação dos recém-licenciados em enfermagem decorre também de uma relação social que lhe dá corpo, mas a aprendizagem significativa experiencial não poderá processar-se apenas pela primazia da acção, antes congregar estratégias que estimulem o pensamento reflexivo no trabalho, de modo a compreender a essência dos fenómenos e ultrapassar o senso comum.

A orientação dos currículos por competências implica a inserção dos estudantes em cenários da prática profissional com a realização de actividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos seus desempenhos. Deverá ser considerada a progressão do estudante no desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência, como também refere Lima (2005).

Neste contexto, Bulman (2005b) acrescenta que o currículo deverá sustentar-se em abordagens mais qualitativas, baseadas numa filosofia da emancipação e teoria crítica social, pelo que a reflexão é vista como um veículo para a promoção destes aspectos.

Kent (2004), a este propósito, acentua que os currículos que valorizem abordagens narrativas com a exploração pessoal e profissional do cuidado em enfermagem podem dar forma à aprendizagem construída pelos estudantes em situação de práticas clínicas.

Para a didáctica do ensino de enfermagem

Uma prática pedagógica comprometida com a emancipação dos estudantes exige a construção de estratégias promotoras de desenvolvimento de uma aprendizagem significativa complexa, particularmente no que se refere às competências comunicativas, ao desenvolvimento do raciocínio lógico-formal, ao trabalho transdisciplinar, à capacidade de tomar decisões e à capacidade para transferir aprendizagens anteriores para situações novas, que deste modo se configura numa praxis pedagógica reflexiva.

Ao mesmo tempo, o desenvolvimento das competências afectivas vinculadas à capacidade para lidar com a incerteza, com a dinamicidade e com o stress, de forma comprometida com uma concepção de pessoa, de relação cliente-enfermeiro e de prática de cuidados de enfermagem, constituem factores enformadores de uma didáctica empenhada com a construção pessoal, profissional e social dos estudantes de enfermagem, tal como referido por Kuenzer (2002). Deste modo, existe a possibilidade de se estabelecer identidade entre o conhecimento teórico e a prática, no sentido de a teoria, o saber construído na acção revelar aspectos da realidade complexa, rica na sua dinâmica e incerta no seu devir.

Por outro lado, criar condições para a produção de movimentos do pensamento no pensamento, tendo como ponto de partida um primeiro nível de abstracção composto pela caótica e imediata representação do todo e como ponto de chegada as abstractas formulações conceptuais, voltando ao ponto de partida, agora para percebê-lo como totalidade ricamente articulada e compreendida, mas também como prenúncio de novas realidades, apenas intuídas, que levam o presente a novas buscas e formulações a partir da dinâmica que articula o já conhecido ao presente e anuncia o futuro, é um desafio para uma didáctica centrada no formando e nos seus processos reflexivos em contexto de ensino clínico. Deste modo, valorizar a aprendizagem significativa pela construção reflexiva do saber é considerar o ponto de partida apenas como formalmente idêntico ao ponto de chegada, uma vez que, no seu movimento em espiral crescente e ampliada, o pensamento chega a um resultado que não era conhecido inicialmente, e projecta novas descobertas.

É, no entanto, fundamental que se dê cuidadosa atenção à mediação pedagógica, que neste caso será promovida por distintos actores: os professores e os tutores de ensino clínico, que devem estabelecer uma profunda integração, de modo a propiciar a articulação entre as práticas e as discussões teóricas dessas mesmas práticas, bem como processos de avaliação coerentes, consensuais e dando voz ao estudante, nesse mesmo processo.

A reflexão permite sair um pouco da acção para voltar a ela de uma forma mais esclarecida, mais iluminada, provavelmente, mais humana ou humanizadora (Nunes, 2004), envolve a crítica às pressuposições nas quais as nossas crenças são construídas (Høyrup e Elkjaer, 2006) pelo que o desenvolvimento de práticas de reflexão conduzido em contextos reais de aprendizagem pode constituir um poderoso instrumento de capacitação, autonomização, emancipação e construção identitária dos estudantes de enfermagem (Reed e Procter, 1993). Deste modo, o recurso à estratégia das narrativas reflexivas em ensino clínico parece poder constituir um

potencial instrumento de aprendizagem e desenvolvimento para os estudantes mas também para os professores, enfermeiros e outros membros da equipa de saúde, enquanto didáctica convergente com o paradigma da reflexividade em contextos clínicos de aprendizagem.

O factor continuidade na construção de narrativas reflexivas, pensamos que deverá ser considerado, pois os resultados analíticos resultantes da intersecção entre a continuidade narrativa e os temas identificados evidenciam tendência para a melhoria na construção de pensamento reflexivo e resultados positivos para os estudantes à medida que o processo reflexivo ocorre em continuidade. Este é também o entendimento expresso pelos estudantes nas suas metareflexões.

Consideramos, ainda, que o conhecimento das situações percebidas como significativas pelos estudantes em contexto de ensino clínico permite ao professor pensar uma didáctica mais ajustada às necessidades dos estudantes nas vertentes teórica, teórico-prática, laboratorial e de ensino clínico, por exemplo:

- No ensino teórico – pela exploração e problematização de situações geradoras de mal-estar dos estudantes;
- No ensino teórico-prático – pelo desenvolvimento de estratégias activas de aprendizagem (*Role playing* de situações problemáticas; técnicas de resolução de problemas...);
- No ensino laboratorial – pela recriação de práticas em ambiente protegido o mais próximo do real possível;
- No ensino clínico – pelo desenvolvimento de uma didáctica reflexiva de reforço e de antecipação às situações complexas de cuidados.

Para a investigação

Os resultados e limitações desta investigação deixam em aberto um vasto campo de possibilidades investigativas.

O estudo e compreensão da aprendizagem dos estudantes, pela análise das potencialidades da construção de narrativas reflexivas em ensino clínico, deverá incluir a perspectiva dos supervisores acerca desses processos, bem como o ponto de vista dos estudantes quanto aos resultados desocultados, nomeadamente quanto às mudanças que se operam na interacção afectiva com as situações após a análise reflexiva das mesmas, bem como à medida que se processam as construções narrativas.

Verificamos que a natureza dos sentimentos expressos pelos estudantes nas suas narrativas reflexivas é predominantemente negativa, com maior expressividade na primeira narrativa, não havendo expressão de sentimentos relativos ao ensino clínico a partir da quarta narrativa.

Perante este resultado, será que podemos inferir que à medida que o estudante evolui na sua aprendizagem experiencial deixa de experimentar sentimentos ou outros estados cognitivo/emocionais relativos ao ensino clínico? Ou sendo experimentados esses estados, o

estudante não considera relevante, na realização da sua narrativa, expressá-los? É uma questão que pode ser explorada em processos investigativos.

Quanto aos processos de interacção cognitiva, dado a análise dos mesmos indiciar uma ligeira tendência para uma menor expressividade de pensamento de senso comum à medida que progride a continuidade narrativa, pensamos poder os mesmos serem investigados, no sentido de perceber que factores confluem nos processos de pensamento produzidos nas narrativas reflexivas, à medida que a sua construção ocorre.

A análise dos processos de auto-regulação identificados nos discursos dos estudantes mostra que a componente de auto-reforço parece ser menos expressiva à medida que ocorre a construção das narrativas. Tentar investigar se este aspecto é efectivamente verdadeiro e sendo-o, porque ocorre, parece-nos ser uma pista de investigação a considerar.

Verificámos que a expressão de juízos clínicos e de comportamentos de tomada de decisão são pouco expressivos nas narrativas dos estudantes. Porquê? O que é que se passa nos contextos de práticas de cuidados para que os estudantes não expressem narrativamente, de modo massivo, factores tão importantes no processo de cuidados, como o juízo clínico e a tomada de decisão?

Também o estudo aprofundado dos modos de resposta activados pelos estudantes perante as situações clínicas com que são confrontados mereceria ser investigado, no sentido de conhecer os factores desencadeantes desses modos de resposta, o significado de que se revestem para os estudantes e de que forma modos de resposta desajustados podem ser trabalhados no sentido de uma aprendizagem gratificante e fecunda.

Estudamos os significados narrativos para compreender as potencialidades dos processos reflexivos implementados na aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes. Consideramos que esta compreensão possa ser mais profunda e ampliada se for cruzada com a avaliação dos seus estilos de aprendizagem, na medida em que se verificou a existência de variabilidade pessoal em praticamente todos os temas analisados e não sabemos se esta variabilidade estará ou não relacionada com estilos de aprendizagem próprios. É uma possibilidade que pode ser explorada em investigações futuras.

Alguns estudantes consideram que a reflexão com enquadramento próprio condiciona o modo como se escreve e é um processo invasivo. Como seria a construção de narrativas reflexivas sem enquadramentos e objectivos específicos? Será que o processo de aprendizagem e desenvolvimento seria similar ao verificado nas narrativas reflexivas com enquadramento próprio?

O processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes foi inferido a partir da análise interpretativa dos seus discursos narrativos. A validação desta aprendizagem e desenvolvimento poderia ser explorada com estudos de natureza quantitativa, com recurso à construção de inventários a partir dos resultados desta investigação e aplicados em estudantes que realizam processos reflexivos em ensino clínico.

Por último, as questões da avaliação conduzida na apreciação das narrativas reflexivas, sendo contestada pelos estudantes, merecem que aquela seja investigada, no sentido da construção de

instrumentos de avaliação claros e sem ambiguidades. Também a preparação de quem avalia processos reflexivos deverá ser objecto de estudos investigativos prévios à implementação de estratégias pedagógicas de cariz reflexiva, no sentido de assegurar que quem avalia possui um conhecimento profundo acerca do processo de reflexão, bem como do contexto na qual a mesma é produzida.

SÍNTESE FINAL

Em termos de síntese, parece que podemos referir que a construção de narrativas reflexivas pelos estudantes em ensino clínico, com objectivos e enquadramento próprios, e metareflexões no final do processo tem forte potencial no processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes. É um processo que se inscreve no quadro das novas ciências da educação, situando-se no paradigma reflexivo ou da reflexividade crítica.

Os aspectos identificados nas expressões narrativas dos estudantes evidenciam a complexidade do processo de aprendizagem experienciado. Por um lado, a narrativa da experiência nos domínios do cliente, da relação cliente-enfermeiro, da prática de cuidados e do ambiente desvelando o seu impacto naquilo que é a pessoa do estudante, permite-lhes atribuir sentido a essas experiências e situarem-se conscientemente na trama do processo de cuidados vivido, tomando consciência de si e auto referenciam-se a essas situações. Por outro lado, reflectindo naquilo que foram as suas experiências significativas por um processo auto-regulado, em que evidenciam procedimentos de auto-monitorização, auto avaliação e auto reforço constroem conceptualmente novas formas de estar e agir em situações futuras, projectando-se com consciência de si. Também o pensamento narrativo centrado em conhecimentos transferidos, confirmados, reconstruídos e ou adquiridos bem como a expressão de aquisição e desenvolvimento de competências neste processo constitui evidência de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante de enfermagem aos diferentes níveis do sistema bioecológico.

Deste modo, os resultados desta investigação são convergentes com o estado da arte relativo às estratégias de reflexão na promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes em diferentes cenários de aprendizagem. Salientam a importância da construção narrativa na tomada de consciência e construção de si na interacção reflexiva com situações significativas e evidenciam a utilidade de um guia orientador na construção deste processo, pelo que o consideramos um forte instrumento didáctico a considerar nos processos de aprendizagem experiencial dos estudantes de enfermagem, bem como de estudantes de outras áreas do saber.

O processo de aprendizagem e desenvolvimento pela reflexão é complexo. Entrecruzam-se vários factores que conjugados revelam a textura de uma aprendizagem significativa experiencial, potenciada por factores de mediação e pela aprendizagem reflexiva nos processos de transição ecológica.

Com estas afirmações, assumimos também que tudo o que pensamos saber, que tudo o que pensamos conhecer pode ser desmontado, remontado, substituído, estabilizado e até *“loucamente*

fixado por uns tempos” (Moysés, Geraldi, Collares, 2002: 92), pelo que estamos abertos à discussão, interrogação e questionamento que certamente percorre todo o trabalho. Como nos diz Morin (2001: 52) *“a complexidade nos processos não se reduz à incerteza, é a incerteza no seio de sistemas ricamente organizados”*.

Deste modo, pretendemos situarmo-nos num lugar em movimento, num pensamento complexo que liga a teoria à metodologia, à epistemologia e também à ontologia.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- ABREU, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- ABREU, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a Excelência em saúde? *Cadernos Sinais Vitais*, 1. Coimbra: Formasau.
- ABREU, W. (2008). *Transições e contextos multiculturais. Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Coimbra: Formasau.
- ABU-SAAD, H. (1993). Nursing: the science and the practice. *Int J Nurs Stud.*, 30(3):287-294.
- ADAM, E. (1982). *Hacia donde va la enfermería*. Madrid: Interamericana.
- ADAMI, N. (2000). A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paul. Enf.* São Paulo, 13 (Número especial, Parte I): 190-195.
- ADAMS A.; KAYES, C.; KOLB, D.(2004). Experiential learning in teams. *Simulation and Gaming*. Documento WWW. URL [http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/experiential-learning-in-teams.pdf].
- ADAMS, B. (1999). Nursing education for critical thinking: an integrative review. *Journal of Nursing Education*, 38 (3): 111 – 119.
- AGUIAR, R. (2006). Desenvolvimento, implementação e avaliação de ambiente virtual de aprendizagem em um curso profissionalizante de enfermagem. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Tese de doutoramento. Documento WWW. URL [http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/1884/3417/1/Capa.1.pdf]
- ALARCÃO, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*, (6): 53-59.
- ALARCÃO, I. (Org.) (2001a). *Escola reflexiva e nova reflexividade*. Porto Alegre: Artmed.
- ALARCÃO, I. (Org.), (1996). *Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora.
- ALARCÃO, I. (2003). *Professores reflexivos em uma escola reflexiva*. São Paulo: Cortez Editora.
- ALARCÃO, I. (1991). *Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores*. Aveiro: Ed. CIDInE 1.
- ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. (1994). Supervisão de professores e desenvolvimento humano. Uma perspectiva ecológica. In: TAVARES, J. (Ed.) (1994). *Para intervir em educação. Contributos dos colóquios CIDInE*. Aveiro: CIDInE. Pp. 201-232.
- ALARCÃO, I.; TAVARES, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Almedina.
- ALFARO-LEFEVRE, R. (1996). *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- ALMEIDA, C. (2002). *Hermenêutica e dialéctica. Dos estudos platónicos ao encontro com Hegel*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

- ALVES, P.; *et al.* (1999). A construção de uma metodologia observacional para o estudo de crianças em situação de rua: criando um manual de codificação de atividades cotidianas. *Estudos de Psicologia*, 4 (2): 289-310.
- AMBRÓSIO, T. (2004). *George Lerbet: itinéraire et ouvre d'un universitaire fondateur*. Tours (Texto dactilografado).
- AMENDOEIRA, J. (1996). O processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico. *Enfermagem*, (3): 20-29.
- AMULYA, J. (2005). *What is reflective practice?* Massachusetts: MIT, Center for Reflective Community Practice.
- ANDRADA, E. (2007). *O treinamento de suporte parental (TSP) como factor de promoção do suporte parental e do desempenho escolar de crianças na primeira série (Tese de Doutorado)*. Florianópolis. Documento WWW. URL [http://www.cfh.ufsc.br/~ppgp/Edla%20G%20C%20Andrada.pdf.].
- ANDREOLI, K.; TARNOW, J. (1990). Collaborative Models in Nursing education and practice-service. In: CHASKA, Norma L. (1990). *The nursing profession. Turning points*. Missouri: Mosby Company. Pp. 589-596.
- ANDREWS, M.; GIDMAN, J.; HUMPHREYS, A. (1998). Reflection: does it enhance professional nursing practice? *Br J Nurs.*, 7(7): 413-417.
- ANDREWS, M., WALLIS, M. (1999). Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1): 201-207.
- ANDRIOLI, A. (2003). A crítica da hermenêutica e a hermenêutica da crítica. *Revista Espaço Acadêmico*, 3 (24). Documento WWW. URL [http://www.espacoacademico.com.br].
- APÓSTOLO, J.; GAMEIRO, M. (2005). Referências ontoepistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica. Artigo aceite para publicação na revista *Referência*.
- ARGYRIS, C.; SCHON, D. (1974) *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey Bass.
- ASTOR, R. *et al.* (1998). Incorporating the service accomplishments into pre-registration curriculum to enhance reflective practice. *Nurse Educ. Today*, 18(7): 567-575.
- ATKINS, S. (2005). Developing underlying skills in the move towards reflective practice. In: BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing*. 3ªEd. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 25-46.
- AUSUBEL, D. (2003). *Aquisição e retenção de conhecimentos: Uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas
- AYER, S.; SMITH, C. (1998). Planning flexible learning to match the needs of consumers: a national survey. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1034-1047.
- BAKER, A.; JENSEN, P.; KOLB D. (2002). Conversational learning: an experiential approach to knowledge creation. In: BAKER, A., JENSEN, P.J., & KOLB, D.A. (2002). *Conversational learning: an experiential approach to knowledge creation*. Westport, Connecticut: QUORUM

BOOKS. Documento WWW. URL

[<http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/conversation-as-experiential-learning.pdf>].

BARBOSA, A.; RODRIGUES, M. (2006). Alternativas metodológicas para a identificação de competências. *B. Téc. SENAC*. Rio de Janeiro, 32 (2): 21-29.

BARCELOS, M. (2004). Glossário. *In: NEVES, M.; PACHECO, S. (Coord.) (2004). Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Pp. 567-578.

BARNETT, M. (2005). Caring for a patient with COPD: a reflective account. *Nurs. Stand.*, 19 (36): 41-46.

BARRETT, E. (2002). What is nursing science? *Nurs Sci Q.*, 15 (1): 51-60.

BARTH, B-M. (1996). *O saber em construção*. Lisboa: Instituto Piaget.

BECK, A. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality, and psychopathology. *In: SALKOVSKIS, P. (1996). Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press. Pp. 1- 25.

BECK, A.; ALFORD, B. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.

BECK, A.; FREEMAN, A.; DAVIES, D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders*. 2ªed. New York: The Guilford Press.

BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (Edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

BENNER, P. (1995). *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris: InterEditions.

BERBAUM J. (1993). *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora.

BERNDT, A.; IGARI, C.; HOMINES, A. (sd.). *O docente em Administração: perfil e estilo de aprendizagem*

BEVIS, E.; WATSON, J. (1989). *Toward a Caring Curriculum: a New Pedagogy for Nursing*. New York: National League for Nursing.

Biografia de Lev S. Vygotsky. Documento WWW. URL

[<http://paginas.terra.com.br/arte/rudeldouglas/vygotsky.htm>]

BOOTH, K, KENRICK M, WOODS S. (1997). Nursing knowledge, theory and method revisited. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4): 804-811.

BORREDON, L.; DEFFAYET, S.; BAKER, A.; KOLB, D. (sd). Enhancing deep learning: lessons from the introduction of learning teams in a graduate degree program. Documento WWW. URL [<http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/EDHEC-Team-Learning-ORBH-Working-Paper.pdf>].

BOTERF, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Éditions d'organisation.

BOTERF, G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. 4ª ed. Paris: Éditions d'organisation.

BOUD, D. (1999). Avoiding the traps: seeking good practice in the use of self assessment and reflection in professional courses. *Social Work Education*, 18 (2): 121-132.

- BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2^a ed. London: Taylor & Francis Group.
- BOUD, D. (2005a). *Moving towards autonomy*. In: BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2^a ed. London: Taylor & Francis Group. Pp: 17-39.
- BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006). *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group.
- BREIDENSJÖ, M.; HUZZARD, T. (2006). Reflecting on workplace change: a trade union perspective. In: BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006). *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group. Pp. 146-157.
- BRONFENBRENNER, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed.
- BRONFENBRENNER, U. (2002a). Preparing a world for the infant in the twenty-first century: the research challenge. In: GOMES-PEDRO, J. et al. (2002). *The infant and family in the twenty-first century*. New York: Bruuer-Routledge. Pp. 45-52.
- BRYMAN, A.; BURGUESS, R. (1994). *Analising qualitative data*. London: Routledge, Taylor & Francis Group. Documento WWW. URL [<http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=vFCIWx2ksFUC&oi=fnd&pg=PP9&dq=Qualitative+Data+Analysis&ots=feUbtuMifs&sig=dBC337726hKZZNeTneU6uwQgExs#PPA48,M1>].
- BUCHE et al. (2006). Apports des systèmes tutoriaux intelligents et de la réalité virtuelle à l'apprentissage de compétences. In: *Cognito – Cahiers Romains de Sciences Cognitives*, 2: 51-83. Documento WWW. URL [<http://hal.archives-ouvertes.fr/ccsd-00019918/en/>]
- BULMAN, C. (2005). An introduction to reflection. In: BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing*. 3^a ed. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 1 – 24.
- BULMAN, C. (1995). Exemplars of reflection: other people can do it, why not you to? In: PALMER, A.; BURNS, S.; BULMAN, C. (Ed.) (1995). *Reflective practice in nursing. The growth of the professional practitioner*. 2^a ed. Oxford: Blackwell Science. Pp. 131-153
- BULMAN, C. (2005a). Help to get you started – reflecting on your experiences. In: BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing*. 3^a ed. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 161-182.
- BULMAN, C. (2005b). Teachers' and students' perspectives on reflection-on-action. In: BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing*. 3^a ed. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 128-145.
- BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing*. 3^a ed. Great Britain: Blackwell Publishing.
- BUNKERS, S. (2002). Nursing science as human science: the new world and human becoming. *Nurs Sci Q.*, 15(1): 25-30.
- BURNARD, P. (1995). *Learning human skills: an experiential and reflective guide for nurses*. 3^a ed. Oxford: Butterworth - Heinemann Ltd.
- BURNS, R. (2000). *Introduction to research methods*. London: Sage Publications.

- BURNS, S. (1995). Assessing reflective learning. In: PALMER, A.; BURNS, S.; BULMAN, C. (Ed.) (1995). *Reflective practice in nursing. The growth of the professional practitioner*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Science. Pp. 20-34.
- BURTON, A. (2000). Reflection: nursing's practice and education panacea? *Journal of Advanced Nursing*, 31(5): 1009-1017.
- CACHAPUZ, A. (2001). A procura da excelência na aprendizagem. In: MOREIRA *et al* (Org. e Introd.) (2001). *Teoria da aprendizagem significativa. Contributos do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa*. Peniche. Colectânea de textos. Pp. 67-86.
- CANDY, P. (2005). On the attainment of subject-matter autonomy. In: BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy and learning*. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 59-76.
- CARAÇA, J. (2005). *Compreender as paixões, amar as razões*. Conferência proferida no âmbito da disciplina "Cultura, Conhecimento e Identidade", integrada no Doutoramento de Base Curricular em Didáctica, Universidade de Aveiro, 11/03.
- CARDOSO, I.; OLIVEIRA, C.; GONÇALVES, (sd). Construção de uma aula de fisiologia em formato hipermédia. Universidade de Brasília. Documento WWW. URL [http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/educacao/fisiologiahipermidia.pdf].
- CARIA, T. (2002). O uso do conhecimento: os professores e os outros. *Análise Social*, 37 (164): 805- 831.
- CARPER, B. (1996). Fundamental patterns of knowing in nursing. In: KENNY, J. (Ed.) (1996). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. Massachusetts: Jones and Bartlet Publishers. Pp. 5 -13.
- CARVALHO, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- CARVALHO, T. (2000). *Conhecimento – a dinâmica de produção do conhecimento: processos de intervenção e transformação*. Comunicação apresentada na III conferência de pesquisa sócio-cultural. Campinas, São Paulo. 16-20 Julho.
- CASTRO, B. (2006). *Projecto de pesquisa: comportamentos e factores de risco e protecção na adolescência e juventude no município de Belo Horizonte*. Belo Horizonte.
- CATALANO, J. (1991). *Ethical and legal aspects of nursing. A study and learning tool*. USA: Springhouse notes.
- CECCONELLO, A.; KOLLER, S. (2003). Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (3): 515-524. Rio Grande do Sul. Documento WWW. URL [http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a10.pdf].
- CEITL, M. (Org.) (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Lisboa: Edições Sílabo.
- CHABELI, M.; MULLER, M. (2004). Reflective thinking in clinical nursing education: a concept analysis (abstract). *Curationis*, 27 (4): 37-48.
- CHALIFOUR, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique-humaniste*. Paris: Editions Lamarre.

- CHASKA, N. (1990). *The nursing profession*. St. Louis: C.V: Mosby Company.
- CHAUÍ, M. (2000), *Convite à filosofia*. São Paulo; Edições Ática.
- CHEATER, F, HALE, C, (2001). An evaluation of a local clinical supervision scheme for practice. *J. Clinical Nursing*, (10): 119-131.
- CLANDININ, D.; CONNELLY, F. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CLARK, A.; BECK, A.; ALFORD, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. NY: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- COLE, M.; WERTSCH, J. (sd). *Beyond the Individual-Social Antimony in Discussions of Piaget and Vygotsky*. Documento WWW. URL [<http://www.massey.ac.nz/~alock/virtual/colevyg.htm>.]
- COLLIÈRE, M. (2003). *Cuidar...a primeira arte da vida*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLINA, M.; MEDINA, J. (1997). Construir el conocimiento de enfermaría mediante la práctica reflexiva. *Revista Rol de Enfermaría*, 232: 23-30
- CONWAY, J. (1994). Reflection, the art and science of nursing and the theory-practice gap. *Br J Nurs.*, 3 (3): 114-118.
- CORNWALL, M. (2005). Putting it into practice: promoting independent learning in a tradicional institution. In: BOUD, D. (Ed.), (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 234 – 257.
- CORPO REDACTORIAL, (2003). De bacharéis a licenciados. *Referência*, (10): 3-4.
- CORREIA, J. (2001). A construção científica do político em educação. *Educação, Sociedade & Cultura* (15): 19-43
- CORREIA, J. (1998). Conferência de abertura do 1º congresso das licenciaturas em ciências da educação. In: Actas do 1º Congresso da LCE: Ciências da Educação: profissões e Espaços Sociais. Porto: FPCEUP. Pp. 15-28.
- CORREIA, J. (1997). “Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação”, In: CANÁRIO, Rui *et al.*, *Formação e situações de trabalho*, Porto: Porto Editora, p. 13 – 39.
- CORREIA, J. (1999). Introdução. In: CORREIA, J. (Org.) LOPES, A.; MATOS, M. (1999). *Formação de Professores. Da racionalidade instrumental à acção comunicacional*. Porto: ASA Editores II, S. A.
- CORREIA, J. (Org.) LOPES, A.; MATOS, M. (1999). *Formação de Professores. Da racionalidade instrumental à acção comunicacional*. Porto: ASA Editores II, S. A.
- CORREIA, J. (sd). A licenciatura em ciências da educação: uma experiência na corrente contra corrente. *Boletim da Reitoria da UP* (2).
- CORREIA, M. (2002). A reflexão crítica como prática formativa. *Sinais Vitais*, 42: 60-63
- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- COSTA, J.; MELO, A. (1977). *Dicionário de língua portuguesa*. 5ª ed. Porto: Porto Editora.
- COSTA, S.; MOREIRA, M. (2001). A resolução de problemas como um tipo especial de aprendizagem significativa. *Cad.Cat.Ens.Fis.*, 18 (3): 278-297. Porto Alegre. Documento WWW. URL [<http://www.fsc.ufsc.br/ccef/port/18-3/artpdf/a1.pdf>].
- COSTA, N. (2005). Textos de Apoio, Disciplina *Metodologias de Investigação Educacional*, DDTE, Universidade de Aveiro.
- COTTON, A. (2001). Private thoughts in public spheres: issues in reflection and reflective practices in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4): 512-519.
- COWEN, J. (2005). Struggling with self-assessment. In: BOUD, D. (Ed.), (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2ª Ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 192-210.
- CRESSEY, P. (2006). Collective reflection and learning. From formal to reflective participation. In: BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006). *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group. Pp. 54-65.
- CUVILLIER, A. (1973). *Vocabulário de filosofia*. Lisboa: Livros Horizonte.
- CYRINO, E.; TORALLES-PEREIRA, M. (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, 20 (3): 780-788. Rio de Janeiro.
- DAHMS, M. et al., (2007). The Educational Theory of Lev Vygotsky: an analysis. *New Foundations Gary K. Clabaugh, ED, Editor*. Documento WWW. URL [<http://www.newfoundations.com/GALLERY/Vygotsky.html>].
- DAMÁSIO, A. (2001). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- DAVIES, C. (1995). *Gender and the Professional Predicament in Nursing* Open University Press Buckingham
- DAVIS, C.; ESPÓSITO, Y. (1990). Papel e função do erro na avaliação escolar. *Cad. Pesq.*, (74): 71- 75.
- DEAN, H. (1995). *Science and practice. The nature of knowledge*. In: OMERY, A.; KASPER, C.; PAGE, G. (1995). *In search of nursing science*. California: Sage. Pp. 275-290.
- DELORS, J. & et al. (1996). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto: Edições Asa.
- D'ESPINNEY, L. (coordenador) (2004). *Implementação do processo de Bolonha a nível nacional*. Grupos por Área de Conhecimento.
- D'ESPINNEY, L. (1997). Formação inicial/Formação contínua de enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho. In: CANÁRIO, R. et al. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora. Pp.169-88.
- DESPLEBIN, M. (1996). Partenariat et Institut de Formation en Soins Infirmiers. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, (18): 24-27.
- DEWAR, B. J.; WALKER, E. (1999). Experiential learning: issues for supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (6): 1459-1467.

- DEWEY, J. (2001). *Democracy and education*. The Pennsylvania State University: *Electronic Classics Series*.
- DEWEY, J. (1991). *How we think*. New York: Prometheus Books.
- DIAS D. (2006). A Teoria da Atividade como referencial conceitual para a enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, 27(1): 11-18. Documento WWW. URL [http://www6.ufrgs.br/seermigrando/ojs/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4579/2535]
- DIAS, M. (2004). *Formadores: Que desempenho?* Loures: Lusociência
- DIONÍSIO, P.; MOREIRA, M. (1975). Interpretação de resultados de testes de retenção em termos da teoria de aprendizagem de David Ausubel. *Revista Brasileira de Física*, 5 (2): 245-252. Porto Alegre. Documento WWW. URL [http://www.sbfisica.org.br/bjp/download/v05/v05a20.pdf].
- DOCHERTY, P.; BOUD, D.; CRESSEY, P. (2006). Lessons and issues for practice and development. In: BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006). *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group. Pp. 193-206.
- DOMENJÓ, M. (2006). Formación continuada: el proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. *Educ. Méd.*, 9(1): p 11-16. Barcelona Mar. Documento WWW. URL [http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000100].
- DOENGES, M.; MOORHOUSE, M. (1994). *Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo*. Lisboa: Lusodidacta.
- DOLBEC, A. (2003). A investigação-acção. In: GAUTHIER, B. (Dir.) (2003). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência. Pp. 483-512.
- DONALDSON, S. (1995). Nursing science for nursing practice. In: OMERY, A.; KASPER, C.; PAGE, G. (1995). *In search of nursing science*. California: Sage. Pp. 3-12.
- DONALDSON, SK. (2000). Breakthroughs in scientific research: the discipline of nursing, 1960-1999. *Annu Rev Nurs Res.*, 18: 247-311.
- DORNHEIM, J. (1999). The importance of cultural coding in nursing practice, nursing research and nursing science--components of a critical concept of culture. *Pflege*, Osnabruck: Oct, 12(5): 295-308.
- DORIA, N. (2004), O corpo na história: a dupla natureza do homem na perspectiva materialista dialéctica de Vygotsky. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 56 (1). Documento WWW. URL [http://seer.psicologia.ufrj.br/seer/lab19/ojs/viewarticle.php?id=35&layout=html].
- DRACUP, K.; MARSDEN, C. (1990). Critical care nursing: perspectives and challenges. In: CHASKA, N. (1990). *The nursing profession*. St. Louis: C:V: Mosby Company. Pp. 304-312.
- DREYFUS, H.; DREYFUS, S. (1996). The relationship of theory and practice in the acquisition of skill. In: BENNER, P.; TANNER, C.; CHESLA, C. (1996), *Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer Publishing Company, Inc. Pp: 29-47.
- EBY, M. (1999). *The critical practitioner: meeting the challenge of the Millennium*. Comunicação apresentada no Workshop "Critical practice in health and social care", Copenhaga: School of Health & Social Welfare, The Open University, 04/09.

- EDWARDS, S. (1997). What is philosophy of nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 25(5): 1089-1093.
- EDWARDS, S. (1999). The idea of nursing science. *Journal of Advanced Nursing*, 29(3): 563-569.
- EICKMANN, P.; KOLB, A.; KOLB D. (2002). *Designing learning*. Paper presented at the Conference "Managing as Designing: Creating a New Vocabulary for Management Education and Research. Weatherhead School of Management, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio. June 14 – 15. Documento WWW. URL [http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/Designing-Learning.pdf].
- EICHHORN, R. (2008). Developing thinking skills: critical thinking at the army management staff college. *Strategic Systems Department*. Documento WWW. URL: [http://www.amsc.belvoir.army.mil/roy.html].
- ELMHOLDT, C.; BRINKMANN, S. (2006). Discursive practices at work. Constituting the reflective learner. In: BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006). *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group. Pp. 170-180.
- ELLIS, Helen (1993). Teaching roles in critical care – the mentor and preceptor, *Intensive and Critical Care Nursing*, 9: 152-156.
- ELLSTRÖM, Per-E. (2006). The meaning and role of reflection in informal learning at work. In: BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006), *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group. Pp. 41-53.
- ELY, C.; SCOTT, I. (2007). *Essential study skills for nursing*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- EMERSON, J.; GROTH, K. (1996). The verbal interaction: effective clinical education maximizing the students communicational capacity. *Journal of Nursing Education*, Sept. (6): 275-278.
- ESPADINHA, A., REIS, M. (1997). A colaboração escola/serviços. *Nursing*, (114): 31-34.
- ESTRELA, M.; ESTRELA, A. (Orgs.), (2001). *IRA - Investigação, Reflexão, Acção e Formação de Professores. Estudo de caso*. Porto: Porto Editora, LDA.
- FARINHA, J. (2008). *A perspectiva ecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner*. ESSE, UALG. Documento WWW. URL [http://w3.ualg.pt/~jfarinha/activ_docente/cfedespecial/Bronf_cor.pdf].
- FÁVERO, M.; MACHADO, C. (2003). A tomada de consciência e a prática de ensino: uma questão para a psicologia escolar. *Psicol. Reflex. Crit.*, 16(1): 15-28. Porto Alegre. Documento WWW. URL [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722003000100004&script=sci_arttext&lng=].
- FAWCETT, J. (1990). *Conceptual models and rules for nursing practice*. In: CHASKA, N. (1990). *The nursing profession: turning points*. Missouri: Mosby Company. Pp. 255-265.
- FAWCETT, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and evaluation of Nursing Models and Theories*, 2ª ed. Philadelphia: F.A. Davies Company.
- FEALY, GM (1997). The theory-practice relationship in nursing: an exploration of contemporary discourse. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5): 1061-1069.
- FERNANDES, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Camarate: Lusociência.

- FERNANDEZ, E. (1998). Só «fazer as observações»: a prática reflexiva na enfermagem. *Nursing*, 124: 18 – 22.
- FERREIRA-ALVES, J.; GONÇALVES, O. (2001). *Educação narrativa do professor*. Coimbra: Quarteto.
- FERREIRA, M. (sd). Formar melhor para um melhor cuidar. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos. Documento WWW. URL [<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/10.pdf>].
- FERRIER, B.; MARRIN, M.; SEIDMAN, J. (2005). Student autonomy in learning medicine: some participants' experience. In: BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 156-171.
- FIGUEIRA, A. (2007). Meta cognição e os seus contornos. *Revista Iberoamericana de Educación*. Documento WWW. URL [<http://www.rieoei.org/deloslectores/446Couceiro.pdf>].
- FIGUEIROA, I. (2007). Conocimiento y complejidad: aportes a una paradigmática de lo educativo. *Estudios Pedagógicos*, 33 (1): 109-128.
- FINO, C. (2001). *Lev Semenovicgh Vygotsky 1896-1934*. Documento WWW. URL [http://www.uma.pt/carlosfino/Documentos/PowerPoint_Vygotsky.pdf].
- FLAVELL, J. (1976). Metacognitive Aspects of problem solving. In: RESNICK, L. (Ed.) (1976). *The nature of intelligence*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. p. 231-236. Documento WWW. URL [<http://books.google.com/books?id=WQ4CghtTWA0C&printsec=copyright&dq=J+H+Flavell&lr=&hl=pt-BR#PPR1,M1>].
- FLAVELL, J. (2002). The development of children's knowledge about the appearance-reality distinction. In: SLATER, A.; MUIR, D. (Ed.) (2002). *The Blackwell reader in developmental psychology*. Malden, USA: Blackwell Publishing Ltd p. 212-227
- FONTENEAU, Roland (1996). Partenariat interne et qualité de soins. *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, (18): 5-12.
- FONTES (2008). *Emoção*. Documento WWW. URL [<http://filotestes.no.sapo.pt/psicEmocao.html>].
- FOUCAULT, M. (2005). *A arqueologia do saber*. Coimbra: Edições Almedina.
- FOWLER, J.; CHEVANNES, M. (1998). Evaluating the efficacy of reflective practice within the context of clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 379 – 382.
- FRANCELIN, M. (2004), Ciência, senso comum e revoluções científicas: ressonâncias e paradoxos, *Ciência da Informação*, Brasília: 33 (3): pp.26-34. Documento WWW. URL [<http://www.scielo.br/pdf/ci/v33n3/a04v33n3.pdf>].
- FRANCELIN, M. (2004 a). *Configuração epistemológica da ciência da informação no Brasil em uma perspectiva pós-moderna*. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, Brasil. Documento WWW. URL [<http://www.ibict.br/cionline/viewarticle.php?id=119>].
- FRANCO, A.; BASTOS, A.; ALVES, V. (2005). A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(1): 246-255. Rio de Janeiro.

- FRANCO, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1: 32-50.
- FREIRE, L. (2006). Concepções e abordagens sobre a aprendizagem: a construção do conhecimento através da experiência dos alunos. *Ciências & Cognição*, (9): 162-168.
- FREITAS, M. (1967). Conhecimento. *Verbo - Enciclopédia Luso Brasileira da Cultura*. 5º vol. Lisboa: Editorial Verbo, Lda. Pp. 1391-1395.
- GAMBRA, R. (1978). *Pequena história da filosofia*. Porto: Livraria Tavares Martins.
- GAMEIRO, M. (2003). A enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Referência* (10): 5-15.
- GÂNDARA, M. (2004). Dilemas éticos e tomada de decisão. In: NEVES, M.; PACHECO, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra 2. Pp. 403-416.
- GARSON, G. (2002). *Guide to writing empirical papers, theses, and dissertations*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- GASPAR, J. (2007). *Pensamento*. Documento WWW. URL [http://pt.wikipedia.org/wiki/Pensamento].
- GAUTHIER, B. (Dir.) (2003). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência.
- GEANELLOS, R. (1997). Nursing knowledge development: where to from here? *Collegian*, 4(1): 13-21.
- GEEN, A.; HARRIS, C. (2002). Students perceptions of collaborative teaching in initial teacher education and training. *Journal of the Cardiff School of education*, (1): 1-11.
- GILBERT, T. (2001). Reflective practice and clinical supervision: meticulous rituals of the confessional. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2): 199-205.
- GIULIANO KK, TYER-VIOLA L, LOPEZ RP. (2005). Unity of knowledge in the advancement of nursing knowledge. *Nurs Sci Q.*, 18(3): 243-248.
- GLAZE, J. (2001). Reflection as a transforming process: student advanced nurse practitioners' experiences of developing reflective skills as part of an MSc programme. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5): 639-647.
- GLAZE, J. (2002). Stages in coming to terms with reflection: student advanced nurse practitioners' perceptions of their reflective journeys (abstract). *Journal of Advanced Nursing*, 37 (3): 265-272.
- GONÇALVES, M. *et al.* (1995). Contributo para uma articulação ensino - exercício: uma abordagem teórica, *Enfermagem em Foco – SEP*, 5 (20): 40-45.
- GONÇALVES, M.; GONÇALVES, O. (2001). *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto Editora.
- GONÇALVES, M.; HENRIQUES, M. (2002). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- GRAHAM, I. (2000). Reflective practice and its role in mental health nurses' practice development: a year-long study (abstract). *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 7(2):109-117.

- 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 (6): 1542-1549.
- GREENWOOD, J. (1998). The role of reflection in single and double loop learning. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1048-1053.
- GRENDENE, M. (2007). *Metacognição: uma teoria em busca de validação*. Tese de mestrado. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica, Faculdade de Psicologia. Documento WWW. URL [http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=689].
- GRIFFITHS, C. (2004). Remembrance of things past: the utilisation of context dependant and autobiographical recall as means of enhancing reflection on action in nursing. *Nurse Educ Today*, 24(5): 344-349.
- GRONDIN *et al.*, (1992). *Planificação dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- GUIMARÃES, A. (1963). Sensação. *In: Verbo. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Vol. 16. Lisboa: Editorial Verbo. Pp. 1760.
- GULLY, E. (2005). Creating sacred space: a journey to the soul. *In: JONHS, C.; FRESHWATER, D. (2005). Transforming nursing through reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishng Ltd. Pp. 142-161.
- GÜNTHER, F. (2005). *The holon*. Documento WWW. URL [http://www.holon.se/folke/kurs/Distans/Ekofys/Recirk/Eng/holarchy_en.shtml].
- HAGLAND, M. (1998). Reflection: a reflex action? *Intensive Crit Care Nurs.*, 14(2): 96-100.
- HAMELINE, Daniel (1991). O educador e a acção sensata. *In: NÓVOA, António (Org.) (1991) Profissão professor*. Porto: Porto Editora. Pp.33-60
- HARGREAVES, J. (1997). Using patients: exploring the ethical dimension of reflective practice in nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 25(2): 223-8.
- HARRIS, M.; CAVANAGH, R.; REYNOLDS, P.; GIDDINGS, G. (1987). *Understanding what principals value about leadership, teaching and learning: a philosophical approach*. Documento WWW. URL [http://www.aare.edu.au/04pap/har04442.pdf].
- HART, E.; BOND, M. (1995). *Action-research for health and social care: a guide to practice*. Buckingham: Open Press University.
- HEATH, H. (1998). Reflection and patterns of knowing in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1054-1059.
- HEATH, H. (1998a). Paradigm dialogues and dogma: finding a place for research, nursing models and reflective practice. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (2): 288 – 294.
- HENDERSON, V. (1971). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras.
- HERRERA *et al.* (1981). *Aprender a ser*, 3ª ed. Lisboa: Livraria Bertrand.
- HERON, J. (2005). Assessment revisited. *In: BOUD, D. (Ed.), (2005). Developing student autonomy and learning*. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 77-90.

- HESBEEN, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris: InterEditions, Masson.
- HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência
- HESBEEN, W. (1997). Science, art e beauté du soin infirmier. In: *IVe Colloque du Réseau PRAQSI – Actes, (1997), Le soin infirmier... une force de vie au quotidien*. Lisboa: Réseau PRAQSI. Pp. 21-28.
- HIGARASSHI, I. (2005). O Processo de ensino-aprendizagem em situações de estágio de enfermagem: discussões teóricas acerca do processo avaliativo. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 4(1): 95-103. Documento WWW. URL [http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5378/3434].
- HIGGS, J. (2005). Planning learning experiences to promote autonomous learning. In: BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy and learning*. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 40-58.
- HOLM, D.; STEPHENSON, S. (1995). Reflection – A student's perspective. In: PALMER, A.; BURNS, S.; BULMAN, C. (Ed.) (1995). *Reflective practice in nursing. The growth of the professional practitioner*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Science. Pp. 53-62.
- HOOVER, J. (2002). The personal and professional impact of undertaking an educational module on human caring. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1): 79-86.
- HOULE, G. (2003). A história de vida ou a narrativa de prática. In: GAUTHIER, B. (Dir.) (2003). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência. Pp. 303-318.
- HOWELL, D.; PELTON, B. (2001). Advancing the quality of oncology nursing care: Interlink Community cancer Nurses' model for reflective practice. *Canadian Oncologie Nurse Journal*, 11(4): 182 – 191.
- HOWARTH, A. (2005). Using reflection in complementary therapies: critical reflection and pain management. In: JONHS, C. FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing trough reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishig Ltd. Pp. 129-141.
- HØYRUP, S.; ELKJAER, B. (2006). Reflection. Taking it beyond the individual. In: BOUD, D.; CRESSEY, P.; DOCHERTY, P. (2006). *Productive reflection at work*. London: Routledge Taylor & Francis Group. Pp. 29-42.
- HYRKÄS, K. *et al.* (2001). Teacher candidates' reflective teaching and learning in a hospital setting-changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4): 503-511.
- HÜBNER, A. (1999). *Formação prático-reflexiva*. Universidade de Heidelberg. Documento WWW. URL [http://www.educacao.pro.br/professor.htm].
- HUTCHINSON, S.A. (1990). The case study. In: MOODY, L. E. (Ed) (1990). *Advancing nursing science trough research*, vol. 2, California: Sage Publications, Inc. Pp. 177 – 213.

- IDCZAK, S. (2007). I am a nurse: nursing students learn the art and science of nursing. *Nursing Education Perspectives*, 28(2): 66 – 71.
- IYER, P.; TAPTICH, B.; BERNOCCHI-LOSEY, D. (1989). *Processo de enfermagem e diagnóstico de enfermagem*. Colônia Atlampa, México: Nueva Editorial Interamericana S.A.
- Ive Colloque du Réseau PRAQSI – Actes, (1997). *Le soin infirmier... une force de vie au quotidien*. Lisboa: Réseau PRAQSI.
- JAPIASSU, R. (2005). *Abordagem performática a objetos de aprendizado*. Documento WWW. URL [http://www.gpetc.uneb.br/linha2/arquivos/a_japiassu.pdf].
- JARRET, L.; JOHNS, C. (2005). Constructing the reflective narrative. In: JONHS, C.; FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing trough reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishig Ltd. Pp.162-179.
- JARVIS, P. (1992). Reflective practice and nursing. *Nurse Education Today*. 12:174-181.
- JASPER, M. (2005). Using journals and diaries within reflective practice. In: BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.), (2005). *Reflective practice in nursing*. 3ªEd. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 94-112.
- JESUS, É. (2006). *Decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- JESUS, M. (1995). As perguntas dos alunos como meio auxiliar de ensino/aprendizagem: contributos para uma prática auto-reflexiva. In: ALARCÃO, I. (editor) (1995). *Supervisão de professores e inovação educacional*. Aveiro: CIDInE. Pp.126 -133.
- JOHNS, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner*. 2ª Ed. UK: Blackwell Publishing Ltd.
- JOHNS, C. (1998). Caring through a reflective lens: giving meaning to being a reflective practitioner. *Nurs Inq.*, 5(1):18-24.
- JOHNS, C. (2005). Expanding the gates of perception. In: JONHS, C. FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing trough reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishig Ltd. Pp. 1 - 12.
- JOHNS, C. (1995). Guided reflection. In: PALMER, A.; BURNS, S.; BULMAN, C. (Ed.) (1995). *Reflective practice in nursing.The growth of the professional practitioner*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Science. Pp. 110 - 130.
- JOHNS, C. (1996). The benefits of a reflective model of nursing. *Nurs Times*. 92(27): 39-41.
- JOHNS, C.; FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing trough reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- JOHNS, C. HARDY, H. (2005). Voice as a metaphor for transformation trough reflection. In: JONHS, C. FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing trough reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. Pp. 85 – 98.
- JOSSO, C. (1991), *Cheminer vers soi*. Lausanne: Editions L'Age d'Homme.
- JOY, S. & KOLB D. (2007). *Are there cultural differences in learning style?* Documento WWW. URL [http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/Culture_Learning_Style_ORBH_WP_Apri1-16-07.pdf].

- KALISCHUK, R.; THORPE, K. (2002). Thinking creatively: from nursing education to practice. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(4): 155-163.
- KELLY, C. (1997). David Kolb, The Theory of Experiential Learning and ESL. *The Internet TESL Journal*, 3 (9). Documento WWW. URL [iteslj.org].
- KEMBER *et al*, (2007), *Reflective Teaching & Learning in the health professions*. Oxford: Blackwell Science.
- KENNY, J. (Ed.) (1996). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. Massachusetts: Jones and Bartlet Publishers.
- KENT, M. (2004). *Personal and personal practical knowledge of teaching and nursing connecting narratives on the professional knowledge landscape of nursing and education: shades of Lucy*. (Tese de doutoramento). Department of Curriculum, teaching and Learning, University of Toronto. Toronto, Canada.
- KÉROUAC, S. *et. al* (1994). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Laval: Maloine.
- KIIKKALA, I. MUNNUKKA, T.(1994). Nursing research: on what basis? *Journal of Advanced Nursing*, 19(2): 320-327.
- KIKUCHI, J. (1999). Clarifying the nature of conceptualizations about nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4): 115-128.
- KIKUCHI, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.) (1994). *Developing a philosophy of nursing*. USA, California: Sage Publications, Inc.
- KIM, H. (1999). Critical reflective inquiry for Knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5): 1205 -1212.
- KIM, H. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. 2ª Ed. Nova York: Springer Publishing Company.
- KIM, H.; HOLTER, I. (1995). *Critical theory for science of nursing practice*. In: OMERY, A.; KASPER, C.; PAGE, G. (1995). *In search of nursing science*. California: Sage. Pp. 205-219.
- KIM, H.; KOLLACK, I. (ED.) (1999). *Nursing theories. Conceptual and philosophical foundations*. New York: Springer Publishing Company.
- KYRKJEBØ, J.; HAGE, I. (2005). What we know and what they do: nursing students' experiences of improvement knowledge in clinical practice (abstract). *Nurse Education Today*, 25 (3): 167-175
- KOLB, A.; KOLB D. (2008). Experiential Learning Theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education and development. In: Armstrong, S. J. & Fukami, C. (Eds.) (2008). *Handbook of Management Learning, Education and Development*. London: Sage Publications. Documento WWW. URL [http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/Learning-styles-and-learning-spaces.pdf].
- KOLB, A.; KOLB D. (2006). Learning Styles and Learning Spaces: A Review of the Multidisciplinary Application of Experiential Learning Theory in Higher Education. In: SIMS, R., SIMS, S. (Eds) (2006). *Learning styles and learning: A key to meeting the accountability demands in*

- education*. Nova Publishers. Documento WWW. URL
[<http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/sims-paper.pdf>].
- KOLB, A.; KOLB, D. (sd). Learning to Play, Playing to Learn: A Case Study of a Ludic Learning Space. *Journal of Organizational Change Management*. Documento WWW. URL
[<http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/ORBH-WP-Play-and-learning-Kolb-12-31-07.pdf>].
- KOLB, A.; KOLB, D. (2005), Learning styles and learning spaces: enhancing learning in higher education. *Academy of management learning Education*, 4 (2): 193-212. Documento WWW. URL
[<http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/Learning-styles-and-learning-spaces.pdf>].
- KOLB, A.; KOLB, D. (2005a), The Kolb learning style inventory – version 3.1, technical specifications. Case Western Reserve University: HayGroup, Experience Based Learning Systems, Inc.
- KOLB, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- KOLB, D. (1981). Learning styles and disciplinary differences. In: CHICKERING, A. (1981). *Responding to new realities of diverse students in a changing society*. California: Jossey-Bass Inc, Publishers. Pp. 232-255.
- KOLB, D. (1981a). Problem management: Learning from experience. In: SRIVAS, S. (1983). *The Executive Mind*. San Francisco: Jossey –Bass. Pp.109-143.
- KOLB, D.; BOYATZIS, R.; MAINEMELIS, C. (2000). Experiential Learning Theory: Previous Research and New Directions. In: R. J. Sternberg and L. F. Zhang (Eds.) (2000). *Perspectives on cognitive, learning, and thinking styles*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- KUENZER, A. (2002). Conhecimento e competências no trabalho e na escola. *Boletim Técnico do Senac*. Rio de Janeiro, 28 (2): 1-20.
- KUIPER R. (2000). A new direction for cognitive development in nursing to prepare the practitioners of the future. *Nurs Leadersh Forum*. 4(4):116-24.
- KUIPER, R. (2005). Self-regulated learning during a clinical preceptorship: the reflections of senior baccalaureate nursing students. *Nursing Education Perspectives*, 26(6): 351-356.
- KUIPER, R.; PESUT, D. (2004). Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (4): 381-391.
- LANDRY, A.; *et al.* (2006). The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 84: 597-602.
- LANDRY, R. (2003). *A análise de conteúdo*, In: GAUTHIER, B. (Dir.) (2003). *Investigação Social – Da Problemática à Colheita de Dados*. Loures: Lusociência, p. 345-372.
- LAURIN, J. (1994). Commentary. In: KIKUCHI, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.) (1994). *Developing a philosophy of nursing*. USA, California: Sage Publications, Inc. Pp: 25-32.
- LAUTERBACK, S.; BECKER, P. (1996). Caring for self: becoming a self-reflective nurse (abstract). *Holist Nurs Pract.*, 10(2): 57-68.

- LEDDY, S.; PEPPER, J. (1993). *Conceptual bases of professional nursing*. 3ª ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- LEE, DTF (1996). The clinical role of the nurse teacher: a review of the dispute. *Journal of Advanced Nursing*, 23 (6): 1127-34.
- LERBET, G. (sd). *Le sens de chacun. Intelligence de l'autoréférence en action*, sl, L'Harmattan (mimeog.).
- LERBET, G. (1993). Affronter la complexité et la construction de l'autonomie en éducation. In: Université François Rabelais(1993). *George Lerbet. Itinéraire et œuvre d'un universitaire fondateur*. Tours: Arts et Sciences Humaines, Département des Sciences de l'Éducation et de la Formation. Pp. 7-20.
- LERBET, G. (2005). Apontamentos da 2ª Conferência Aberta, integrada na Disciplina *Cultura, Conhecimento e Identidade*, Universidade de Aveiro, 04/03.
- LESNE, M. (1984). *Trabalho pedagógico e formação de adultos. Elementos de análise*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- LESSARD-HÉBERT, M; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LETIZIA, M., JENNRICH, J. (1998). A review of preceptorship in undergraduate nursing education: implications for staff development". *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 29(5), Sep/Oct, p. 211-215.
- LIIMATAINEN, L. *et al.* (2001). The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (5): 648-658.
- LIMA, P. (2008). Possibilidades da abordagem etnográfica no trabalho com os deficientes visuais. Documento WWW. URL [http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/abordagemetno.pdf].
- LIMA, V. (2005). Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da saúde. *Interface - Comum. Saúde. Educ.*, São Paulo, 9 (17): 369-379.
- LONGARITO, C. (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5: 26-33.
- LOURENÇO, A. (2007). *Processos auto-regulatórios em alunos do 3º ciclo do ensino básico: contributos da auto-eficácia e da instrumentalidade*. Universidade do Minho: Instituto de Educação e psicologia. Tese de Doutoramento em Educação.
- LOURENÇO, O. (2002). *Psicologia do desenvolvimento cognitivo: Teoria, dados e implicações* (2ª Ed.). Coimbra: Almedina.
- LOWE, P.; KERR, C. (1998). Learning by reflection: the effect on educational outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 27: 1030-1033.
- LUCKESI, C. (sd). *Prática Escolar: do erro como fonte de castigo ao erro como fonte de virtude*. Documento WWW. URL [http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_08_p133-140_c.pdf]

LUTZ K, JONES K, KENDALL J. (1997). Expanding the praxis debate: contributions to clinical inquiry. *ANS Adv Nurs Sci.*, 20(2): 23-31.

MACLEAN, B. (1992). Technical Curriculum Models: Are they Appropriate for the Nursing Profession? *Journal of Advanced Nursing*, (17): 871-876.

MAGNUSSEN, L. *et al.* (2000). The impact of the use of inquiry-based learning as a teaching methodology on the development of critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 39(8): 360-4.

MAINEMELIS, C.; BOYATZIS, R.; KOLB, D. (1999). *Learning styles and adaptative flexibility: testing experiential learning theory*. Case Western Reserve University: Department of organizational behaviour working paper series.

MAJOR, F. (2000). The focus of discipline in nursing: clarification with ontologic basis. *Recherche Soins Infirmier*. Quebec: Mar, (60): 9-16.

MALINSKI, VM. (2002). Nursing research and the human sciences. *Nurs Sci Q.* 15(1): 14-20.

MALPAS, J. (2005). Hans-Georg Gadamer. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2005 Edition), Edward N. Zalta (Ed.). Documento WWW. URL [http://plato.stanford.edu/archives/win2005/entries/gadamer/].

MALTEZ, J. (2007). *Hermenêutica*. Documento WWW. URL [http://maltez.info].

MARÍAS, J. (1978), *História da filosofia*. Porto: Edições Sousa & Almeida.

MARQUES, M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*, 5: 153-171.

MARQUES, R. (2007). *A Pedagogia construtivista de Lev Vygotsky (1896-1934)*. Documento WWW. URL [http://www.eses.pt/usr/ramiro/docs/etica_pedagogia/A%20Pedagogia%20construtivista%20de%20Lev%20Vygotsky.pdf].

MARINI, J. (2006). Metacognição e leitura. *Psicol. esc. educ.* [online].10 (2): p.343-345. Documento WWW. URL [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572006000200019&lng=pt&nrm=iso].

MARTIN, C. (1991), *Soigner pour apprendre-aquerir un savoir infirmière*. Giromagny: L.E.P.

MARTINS, E.; SZYMANSKI, H. (2004), *A abordagem de Urie Bronfenbrenner em estudos com famílias*. Estudos e pesquisas com famílias. Artigo 5. Documento WWW. URL [http://www.revispsi.uerj.br/v4n1/artigos/Artigo%205%20-%20V4N1.htm].

MARTINS, L. (2004). Beneficência e não-maleficência. *In: NEVES, M.; PACHECO, S. (Coord.) (2004). Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Pp. 229-235.

MARTINS, V. (2000). Para uma pedagogia da criatividade. Proposta de trabalho. *Cadernos de investigação e práticas*: CRIAP. Porto: ASA Editores II S. A.

MARTON, F. *et al.* (2004). *Classroom discourse and the space of learning*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. Documento WWW. URL [http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=ITM3PuedwEYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=F.+Marton&ots=0OW1unSbGv&sig=psPRr8BEwZFpBdrDTQ2O3AN_47Q#PPA3,M1].

- MARTON, F.; BOOTH, S. (1997). *Learning and awareness*. USA: Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. Documento WWW. URL [http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=ITM3PuedwEYC&oi=fnd&pg=PR7&dq=F.+Marton&ots=0OW1unSbGv&sig=psPRr8BEwZFpBdrDTQ2O3AN_47Q#PPA3,M1].
- MATOS, E. (1995). Relação ensino/prestação de cuidados. *Nursing*, 8 (95): 9-11.
- McCANCE, T. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual Framework. *Res Theory Nurs Pract.* 17(2): 101-116.
- MEGHANAGI, S. (1998). A competência profissional como tema de pesquisa. *In. La competenza Professionale tra flessibilità e specializzazione*. Milano : Franco Angeli. (Traduzido por Silvia Maria MANFREDI).
- MELEIS, A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. 2ª Ed. Philadelphia: Lippincott.
- MERESTEIN, G.; GARDNER, S. (1998). *Handbook of neonatal intensive care*. 4ª ed. USA, Missouri: Mosby – Year Book, Inc.
- MERLUZZI, T.; CARR, P. (1992). Cognitive science and assessment: paradigmatic and methodological perspectives. *In: STEIN, D.; YOUNG, J. (Ed.) (1992). Cognitive science and clinical disorders*: London: Academic Press, Inc. Pp. 79 – 97.
- MERONI, A. (2003). O erro no processo ensino-aprendizagem. *Comunicação & Educação*, São Paulo, (26): 105-107.
- MILES, M.; HUBERMAN, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2ª ed. London: Sage. Documento WWW. URL [http://books.google.com/books?hl=pt-BR&lr=&id=U4IU_wJ5QEC&oi=fnd&pg=PR8&dq=Qualitative+Data+Analysis&ots=kBSI4FOQZS&sig=lqp4kzFrZsObaWGAI9Val3SO-Jg#PPA8,M1].
- MIRANDA, A. *et al.* (2006). A importância da memória de trabalho na gestão do conhecimento. *Ciências & Cognição*. 9:111-119. Documento WWW. URL [http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v09/vol_9.pdf].
- MORAIS, N. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Tese de mestrado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Documento WWW. URL [<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/7392/000543583.pdf?sequence=1>].
- MOREIRA, M. (2000), *Aprendizagem significativa crítica*. Documento WWW. URL [<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/apsigcritport.pdf>].
- MOREIRA, M. (2006), *Aprendizagem significativa: da visão clássica à visão crítica*. Documento WWW. URL [<http://www.if.ufrgs.br/~moreira/visaoclasicavisaocritica.pdf>].
- MOREIRA, M. (1997). *Mapas conceituais e aprendizagem significativa*. Conferência realizada no Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa. Burgos, Espanha, 15 a 19 de Setembro.
- MOREIRA, M. *et al.* (2001). Aprendizagem significativa crítica. *In: MOREIRA et al (Org. e Introd.) (2001). Teoria da aprendizagem significativa. Contributos do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa*. Peniche. Colectânea de textos. Pp. 47-65.

- MORGAN, R.; JOHNS, C. (2005). The beast and the star: resolving contradictions within everyday practice. In: JONHS, C. FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. Pp. 114 - 128.
- MORIN, E. (2001). *Introdução ao pensamento complexo*. 3ª Ed. Lisboa: Instituto Piaget.
- MORIN, E., (2002). *Os sete saberes para a educação do futuro*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MORIN, E. (2002a). *Repensar a reforma, repensar o pensamento. A cabeça bem feita*. Lisboa: Instituto Piaget.
- MORSE, J. (2007). *Aspectos essenciais da metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- MOYSÉS, M.; GERALDI, J.; COLLARES, C. (2002). As aventuras do conhecer: da transmissão à interlocução. *Educação & Sociedade*, 33 (78): 91- 116.
- MUNDT, M. (1990). Organising clinical learning experiences in the baccalaureate nursing curriculum. In: CHASKA, N. (1990). *The nursing profession*. St. Louis: C.V. Mosby Company. Pp. 77-83.
- MULLER E. (1999). Nursing science and natural sciences. Critical notes on a difficult relationship as a starting point for its new definition. *Pflege*, 12(1): 35-41.
- MURPHY, F. (2000). Collaborating with practitioners in teaching and research: a model for developing the role of the lecturer in practice areas. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (3): .704-14.
- MURPHY, J. (2004). Using focused reflection and articulation to promote clinical reasoning: an evidence-based teaching strategy. *Nursing Education Perspectives*, 25 (5): 226-232. Nova York.
- NAKATANI, A.; CARVALHO, E.; BACHION, M. (2000). O ensino de diagnóstico de enfermagem através da pedagogia da problematização. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, 2 (1). Documento WWW. URL [<http://www.fen.ufg.br/revista>].
- NASH, C. (1999). Reflective practice. *Emerg Nurse*. 6(10): 14-18.
- NAVARRO, J. (2005). *Karl Popper, un filósofo con los pies en el suelo*. Documento WWW. URL [<http://www.unav.es/gep/AF69/AF69Navarro.html>].
- NEGRÃO, T.; et al. (1993). A colaboração escola/serviço – descrição de uma experiência, *Nursing*, 6 (68): 68-79.
- NETO, J. (2006). Teoria de aprendizagem significativa de David Ausubel: perguntas e respostas. *Periódico do Mestrado em Educação da UCDB – Série Estudos*, (21): 117-130. Campo Grande.
- NEVES, M.; PACHECO, S. (Coord.) (2004). *Para uma ética da enfermagem. Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- NEWTON, D. (2000). *Teaching for understanding what it is and how to do it*. London: Routledge Falmer.
- NIGHTINGALE, F. (1989). *Notas sobre enfermagem*. ABEn/CEPEn: Cortez Editora.
- NOVAK, J. (2001). Meaningful learning: the essencial factor for concetual change in limite dor inappropriate propositional hirarchies (LIPhs) leading to empowerment of learners. In: MOREIRA, M. et al. (2001). *Teoria da aprendizagem significativa. Contributos do III Encontro Internacional sobre Aprendizagem Significativa*. Peniche. Colectânea de textos. Pp. 23-46.

- NÓVOA, A. (1988). O Método (Auto)biográfico na Encruzilhada dos Caminhos (e Descaminhos) da Formação dos Adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (2): 7-20.
- NÓVOA, A. (Org.) (1992). *Vidas de Professores*. Porto: Porto Editora.
- NUNES, J. (2000). *O professor e a acção reflexiva. Portfolios, "vês" Heurísticos e mapas de conceitos como estratégias de desenvolvimento profissional*. Porto: ASA Editores II, S. A.
- NUNES, L. (2004). A especificidade da enfermagem. In: NEVES, M.; PACHECO, S. (2004), *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Pp.31-48.
- NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (Coordenação) (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- OATLEY, K. (1992). Integrative action of narrative. In: STEIN, D.; YOUNG, J. (Ed.) (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. London: Academic Press. Pp. 151-172.
- OLIVEIRA, A. et al. (2007). A contribuição da prática reflexiva para uma docência com profissionalidade. *B. TÊC. SENAC*, Rio de Janeiro, 33 (1): 42-61.
- OLIVEIRA, F.; BELTRÃO, F.; SILVA, V. (2003). Metacognição e hemisfericidade em jovens atletas: direcionamento para uma pedagogia de ensino desportivo. *Rev. Paul. Educ. Fís., São Paulo*, 17 (1): 5-15.
- OLIVEIRA, I. et al. (1996). O protocolo na colaboração docência/exercício hospitalar. *Nursing*, 9 (100): 16-9.
- OLIVEIRA, I.; SERRAZINA, L. (sd). *A reflexão e o professor como investigador*. ESEL, Universidade Aberta.
- OLIVEIRA, M. (1963). Atitude. In: *Verbo. Enciclopédia Luso-Brasileira de Cultura*. Vol. 2. Lisboa: Editorial Verbo.
- OMERY, A.; KASPER, C.; PAGE, G. (1995). *In search of nursing science*. California: Sage.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 10: 49-56.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003a). *Conselho de enfermagem. Do caminho percorrido e das propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003)*.
- OSMOND, J.; DARLINGTON, Y. (2005). Reflective analysis: techniques for facilitating reflection. *Australian Social Work*, March, 58(1): 3-14.
- OURIVES, A. (2004). Confidencialidade e privacidade. In: NEVES, M.; PACHECO, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Pp.249 - 262.
- PAIVA, A. (2004). O papel do enfermeiro. In: NEVES, M.; PACHECO, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem*. Coimbra: Gráfica de Coimbra. Pp.51-61.
- PAGÉ, G. (1994). Commentary. In: KIKUCHI, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.) (1994). *Developing a philosophy of nursing*. USA, California: Sage Publications, Inc. Pp: 33-38.
- PALMER, A.; BURNS, S.; BULMAN, C. (Ed.) (1995). *Reflective practice in nursing. The growth of the professional practitioner*. 2ª ed. Oxford: Blackwell Science.
- PALMER, A. et al. (1994). *Reflective practice in nursing*. 1ª ed. Oxford: Blackwell Science

- PATTERSON, C.; CROOKS, D.; LUNKY-CHILD, O. (2002). A new perspective on competencies for self-directed learning. *Journal of nursing education*, 41(1): 25-31.
- PAUL, R.; ELDER, L. (2001). *Critical thinking: concepts and tools*. Documento WWW. URL [www.criticalthinking.org].
- PAUL, R.; ELDER, L. (2002), *Critical thinking. Tools for taking charge of your professional and personal life*. New Jersey: Prentice Hall
- PAULY, B.; JAMES, S. (2005). Living relational ethics in health care. In: JONHS, C.; FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. Pp. 27-37.
- PELLIZARI, A. et al (2002). Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel. *Rev. PEC*, 2(1), p.37-42. Curitiba.
- PEREIRA, R. (1995). Reflectindo e escrevendo sobre as experiências vivenciadas no contexto da escola e do cuidado. In: WALDOW, V.; et al. (1995). *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre. Artes Médicas. Pp. 135 – 149.
- PERRENOUD, P. (2002). *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed editora.
- PERRY, M. (2000). Reflections on intuition and expertise. *Journal of Clinical Nurse*, 9 (1): 137-145.
- PETTENGILL, M. et al. (1998). O professor de enfermagem frente às regências pedagógicas. Uma breve reflexão. *Ver. Esc. Enf. USP*, 32 (1): 16-26.
- PIERSON, W. (1999). Considering the nature of intersubjectivity within professional nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2): 294-302.
- PIMENTEL, A. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos sobre desenvolvimento profissional. *Estudos de Psicologia*, 12 (2): 159-168. Rio Grande do Norte, Brasil. Documento WWW. URL [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2007000200008&lng=&nrm=iso&tlng=#fig1].
- PINEAU, G. (1986). Postface. Des évolutions paradigmatiques (mimeog.). In: LERBET, G. (1986). *De la structure au système. Essai sur l'évolution des sciences humaines*. UNMFREO, Editions Universitaires.
- PINHO D.; ABRAHÃO, J.; FERREIRA, M. (2003). As estratégias operatórias e a gestão da informação no trabalho de enfermagem, no contexto hospitalar. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. 11(2): 168-76. Documento WWW. URL [http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a05.pdf].
- PINTO, A. (1994). Construção do conhecimento e memória. In: TAVARES, J. (1994). *Para intervir em educação. Contributos dos colóquios CIDInE*. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional. Pp. 11- 43
- PLATZER, H. (2005). Are you sitting uncomfortably? From group resistance to group reflection in several uneasy moves. In: BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing*. 3ª ed. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 113 – 127.

- PLATZER, H.; BLAKE, D.; ASHFORD, D. (2000). Barriers to learning from reflection: a study of the use of groupwork with post-registration nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(5): 10001-1008.
- POLKINGHORNE, D. (2002). *Narrative knowing and the human sciences*. New York: State University.
- POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. (2000). Analysing qualitative data. *British Medical Journal*, 320 (7272): 114-116. Documento WWW. URL [http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1117368].
- PORTARIA 710/2000, *Diário da República*, I Série-B, nº 204. Ministério da Educação: 4 Setembro: 4678- 4680.
- PORTUGAL, G. (1992). *Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDInE.
- POTTS, D., (2005). One-to-one learning. In: BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2ª Ed. London: Taylor & Francis Group.
- POWELL, J. (2005). Reducing teacher control. In: BOUD, D. (Ed.) (2005). *Developing student autonomy in learning*. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 109-118.
- PRAIA, J. (2004). Apontamentos do 1º Seminário Intensivo, “Visão Histórica da Epistemologia”, integrado na Disciplina *Cultura, Conhecimento e Identidade*, do programa doutoral em Didáctica, Universidade de Aveiro, 19/11.
- PROCTER, S.; REED, J. (1993). Teaching reflective practice: possibilities and constraints. In: REED, J.; PROCTER, S. (1993). *Nurse Education. A reflective approach*. London: Edward Arnold: 30-44.
- QUEIROZ, A.; MEIRELES, M.; CUNHA, S. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência.
- RAFFERTY, M. A. (2000). A conceptual model for clinical supervision in nursing and health visiting based upon Winnicott's (1960) theory of the parent-infant relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7: 153-61.
- RAMBERG, B.; GJESDAL, K. (2005). Hermeneutics. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2005 Edition), Edward N. Zalta (Ed.). Documento WWW. URL [http://plato.stanford.edu/archives/win2005/entries/hermeneutics/].
- RAMOS, M. (2002). A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. *Educ. Soc.*, Campinas, 23(80): 400-422.
- RAWNSLEY, M. (2003). Dimensions of scholarship and the advancement of nursing science: articulating a vision. *Nurs Sci Q.*, 16(1): 6-13.
- REBOUL, O. (1983). *O que é aprender?* Coimbra. Almedina.
- REED, J.; PROCTER, S. (1993). Assessment of reflective practice. In: REED, J.; PROCTER, S. (1993). *Nurse Education: a reflective approach*. London: Edward Arnold. Pp. 173-182.
- REED, J.; PROCTER, S. (1993a), Future developments in nursing education. In: REED, J.; PROCTER, S. (1993). *Nurse Education: a reflective approach*. London: Edward Arnold. Pp. 183-196.
- REED, J.; PROCTER, S. (1993b), *Nurse Education: a reflective approach*. London: Edward Arnold.

- REED, J.; PROCTER, S. (1993c), Nursing knowledge: a critical examination. *In*: REED, J.; PROCTER, S. (1993). *Nurse Education: a reflective approach*. London: Edward Arnold. Pp. 14-29..
- REED, P. (1995). A treatise on nursing knowledge development for the 21st century: beyond postmodernism. *ANS Adv Nurs Sci*, 17(3), p. 70-84.
- REW, L. (1994). Commentary. *In*: KIKUCHI, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.) (1994). *Developing a philosophy of nursing*. USA, California: Sage Publications, Inc. Pp: 20-24.
- RIBEIRO, C. (2003). Metacognição: um apoio ao processo de aprendizagem. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 16 (1): 109-116.
- RIBEIRO, J. (2002). *Teoria da interpretação de Paul Ricoeur*. Lisboa: Edições Rumo.
- RIEGEL, B. *et al.* (1995). Moving beyond. A generative philosophy of science. . *In*: OMERY, A.; KASPER, C.; PAGE, G. (1995). *In search of nursing science*. California: Sage. Pp. 58-71.
- RIEHL-SISCA, J. (1992). *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Doyma.
- RIOPELLE, L. *et al.* (1984). *Soins infirmiers. Um modèle centré sur les besoins de la personne*. Québec: McGraw-Hill, Éditeurs.
- RISPAIL, D. (2003). *Conhecer-se melhor para melhor cuidar. Uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*. Mafra: Lusociência.
- ROCHA, F., (1988). *Correntes pedagógicas contemporâneas*, Aveiro: Editora Estante.
- RODRIGUES, M.; PEREIRA, A.; FERREIRA, C. (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional*. Coimbra: Formasau
- ROLFE, G. (2005). Evidence, memory and truth: towards a deconstructive validation of reflective practice. *In*: JONHS, C.; FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing trough reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishig Ltd. Pp. 13-26
- RUSSEL, B. (1977). *Os problemas da filosofia*. 3ª ed. Coimbra: Arménio Amado Editor.
- RUTTY, J. (2002). The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 38(3):283-285.
- SÁ-CHAVES, I. (1991). A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis. *Cadernos CIDInE* 1. Dezembro, pp. 23-30.
- SÁ-CHAVES, I. (2002). *A construção do conhecimento pela análise reflexiva da praxis*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e FCT.
- SÁ-CHAVES, I. (1999). *Supervisão: concepções e práticas. Conferência de abertura da semana pedagógica das licenciaturas em ensino*. Aveiro: Universidade de Aveiro – Centro Integrado de Formação de Professores.
- SÁ-CHAVES, I. (2004). Formação, complexidade e investigação: a tripla hélice. *In*: AMBRÓSIO, T. *et al.* (2004). *Formação e desenvolvimento humano: Inteligibilidade das suas relações complexas*, MCX/APC – Atelier nº 34. Pp.159 -169.
- SÁ-CHAVES, I. (2000a). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro (Unidade de investigação didáctica e tecnologia na formação de formadores).

- SÁ-CHAVES, I. (Org.) (2005). Os “Portfólios” reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativo. Porto: Porto Editora.
- SÁ-CHAVES, I. (2000). *Portfólios reflexivos: uma estratégia de formação e de supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I. (2004a). *Programa da disciplina “Cultura, Conhecimento e Identidade”*, integrada no Doutoramento de Base Curricular em Didáctica, Universidade de Aveiro.
- SÁ-CHAVES, I.; ALARCÃO, I. (2000). O conhecimento profissional do professor: análise multidimensional usando representação fotográfica. In: SÁ-CHAVES, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Universidade de Aveiro: Unidade de investigação Didáctica e tecnologia na formação de formadores. Pp. 53-67.
- SALCOVSKIS, P. (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- SALSBERY, P. J. (1994). A philosophy of nursing: what is it? What is not? In: KIKUCHI, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.) (1994). *Developing a philosophy of nursing*. USA, California: Sage Publications, Inc. Pp: 11-19
- SALVADOR, M.C. (1997). *Processamento da informação na fobia social: o teste de Stroop modificado*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica. FPCE: Universidade de Coimbra.
- SANCHES, A.; SÁ-CHAVES, I. (2000). Educação pré-escolar: novas concepções de formação para contextos sociologicamente instáveis e pouco previsíveis. In: *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Universidade de Aveiro: Unidade de investigação Didáctica e tecnologia na formação de formadores. Pp. 69-84
- SANTOS, B. (1993). *Um discurso sobre as ciências*. 6ª ed. Porto: Edições Afrontamento.
- SANTOS, E. (2000). Concepção de cuidados de enfermagem dos docentes de enfermagem. In: QUEIRÓS, A.; SILVA, L.; SANTOS, E. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto. Pp. 60-131.
- SANTOS, E. (2001). Complemento de formação em enfermagem: formação académica ou formação profissional? *Referência*, (6): 3.
- SANTOS, E. (2003). Encontrar sentido ao que se percebeu: opinião. Bise, *Boletim Informativo do Serviço de Enfermagem* nº30, Jan./Fev.: 18-20.
- SANTOS, E. (2003a). Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. *Referência* (10): 17-23.
- SANTOS, E. (2007). A reflexão estruturada como estratégia de aprendizagem em ensino clínico. *Referência*, 2(4), Suplemento: actas e comunicações: 135.
- SANTOS, E.; CARRAGETA, MC. (2005). *Supervisão clínica em enfermagem: contributos para uma terminologia*. Trabalho realizado na UTIS, no âmbito do Doutoramento com Base Curricular em Didáctica da Universidade de Aveiro.
- SANTOS, E.; FERNANDES, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, 11: 59-62.

- SANTOS, M. (1998). Educação em saúde: a construção de um processo sistematizado no programa de planejamento familiar, do município de Itajaí. Itajaí (Brasil), s.n. Tese de mestrado. Documento WWW. URL [<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=nk&exprSearch=230771&indexSearch=ID>].
- SAUPE, R.; *et al.* (2005). Competências dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comum., Saúde, Educ.* 9 (18): 521 – 536.
- SCHEFFER, B.; RUBENFELD, M. (2000). A consensus statement on critical thinking in nursing. *Journal of Nursing Education.* 39(8): 352-9.
- SCHÖN, D. (1998). *Educando o profissional reflexivo. Um novo design para o ensino e a aprendizagem.* Porto Alegre: Artmed® Editora S.A.
- SCHÖN, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la aprendizaje en las profesiones,* Barcelona: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós Ibérica.
- SCOTT, P. (1996). Ethics education and nursing practice. *Nurs Ethics.* 3(1): 53-63.
- SCHUTZ, S.; ANGOVE, C.; SHARP, P. (2005). Assessing and Evaluating reflection. *In:* BULMAN, C.; SCHUTZ, S. (Ed.) (2005). *Reflective practice in nursing.* 3ªEd. Great Britain: Blackwell Publishing. Pp. 47-72.
- SCHÜTZ, R. (2004). *Vygotsky & language acquisition.* Documento WWW. URL [<http://www.sk.com.br/sk-vygot.html>].
- SEGURO, R. (sd). Entrevista com Marie-Christine Josso: As histórias de vida abrem novas possibilidades às pessoas. *Revista Aprender ao Longo da Vida,* (8). Documento WWW. URL [http://www.direitodeaprender.com.pt/revista02_01.htm].
- SERRANO, D. (2000). *Percepção.* Documento WWW. URL [<http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos/Percepcao.htm>].
- SILVA, A. (2000). A formação contínua de professores: Uma reflexão sobre as práticas e as práticas de reflexão em formação. *Educação & Sociedade,* 21 (72): 89-109.
- SILVA, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Revista do ISPV,* (28). Documento WWW. URL [http://www.ipv/millnium26/26_24.htm].
- SILVA, L. (2000a). As competências do professor e o ensino reflexivo em enfermagem. *In:* QUEIRÓS A. *et al.* (2000). *Educação em enfermagem.* Coimbra: Quarteto.
- SILVA, M. (2007). *Presidiários: percepções e sentimentos acerca de sua condição paterna.* Tese de mestrado. Documento WWW. URL [http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=150].
- SIMÕES, A. (1990). A Investigação-Acção: Natureza e Validade. *Revista Portuguesa de Pedagogia,* Ano XXIV: 39-51.
- SIMÕES, C.; SIMÕES, H.(1995). Nível do ego e processos metacognitivos no contexto da formação em supervisão. *In:* ALARCÃO, I. (editor) (1995). *Supervisão de professores e inovação educacional.* Aveiro: CIDInE. Pp.107-123.

- SJÖSTRÖM, B.; DAHLGREN, L. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40(3): 339-345.
- SMITH, B.; JOHNSTON, Y. (2002). Using structured clinical preparation to stimulate reflection and foster critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 41(4): 182-185.
- SMITH, M. (1994). Arriving at a philosophy of nursing: Discovering? Constructing? Evolving? *In: KIKUCHI, J. F.; SIMMONS, H. (Ed.) (1994). Developing a philosophy of nursing. USA, California: Sage Publications, Inc. Pp: 11-19*
- SOARES, I. (1995). Supervisão e inovação numa perspectiva construtivista do desenvolvimento. *In: ALARCÃO, I. (editor) (1995). Supervisão de professores e inovação educacional. Aveiro: CIDInE. Pp.135-147.*
- SOARES, M. (1997). *Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880 – 1950)*. Lisboa: Educa.
- SÓL, V. (2004). *A natureza da prática reflexiva de uma formadora de Professores e duas professoras em formação*. Belo Horizonte: Faculdade de Letras da Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação de Mestrado.
- SOUBHIA, Z. (1990). Programa educativo em estratégias facilitadoras da compreensão de texto académico Ribeirão Preto. Tese de mestrado. Documento WWW. URL [<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=150459&indexSearch=ID>].
- SOUBHIA, Z.; RUFFINO, M. (1992). A aprendizagem significativa e suas implicações para o ensino de enfermagem. *Semina*, 13(2):81-3. Documento WWW. URL [<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=256464&indexSearch=ID>]
- STANTON, H. (2005). Independent study: a matter of confidence? *In: BOUD, D. (Ed.) (2005). Developing student autonomy and learning. 2ª ed. London: Taylor & Francis Group. Pp. 119-131.*
- STAKE, R. (2007). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- STEELE, J. (1992). *Aprender a ser docente en el mundo actual. Aplicación de teorías e modelos. In: RIEHL-SISCA, J. (1992). Modelos conceptuales de enfermería. Barcelona: Doyma.*
- STEIN, D.; YOUNG, J. (Ed.) (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. London: Academic Press.
- STEIN, E. (2002). *A Consciência da História: Gadamer e a Hermenêutica*. Documento WWW. URL [<http://www.cfh.ufsc.br/~wfil/gadamer.htm>].
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem. Avançando o imperativo humanista. 2ª ed. Loures: Lusociência.*
- SWALLOW, V., (2006). Learning in practice: But who learns from who? *Nurse Education in Practice*, 6: 1-2

- SWENSON, M.; SIMS, S. (2003), Listening to learn. Narrative strategies and interpretative practices in clinical education. In: DIEKELMANN, N. (ed.) (2003), *Teaching the practitioners of care. New pedagogies for the health professions*. Wisconsin: 154-193.
- TAVARES, J. (1992). *A aprendizagem como construção de conhecimento pela via de resolução de problemas e da reflexão*. Aveiro: CIDInE.
- TAVARES, J. (Ed.) (1994). *Para intervir em educação. Contributos dos colóquios CIDInE*. Aveiro: CIDInE.
- TRÉPOS, J.-Y. (1992). *Sociologie de la compétence professionnelle*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- THOFEHRN, M.; LEOPARDI, M.; AMESTOY, S. (2008). Construtivismo: experiência metodológica em pesquisa na enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, 21(2):312-6. Documento WWW. URL [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/a13v21n2.pdf]
- TODD, G. (2005). Reflective practice and Socratic dialogue. In: JOHNS, C.; FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. P. 38-54.
- TURLEY, J. (1996). Nursing decision making and the science of the concrete. *Holist Nurs Pract.*, 11 (1): 6-14.
- VEILLEUX, M. (1998). La voix de l'aspiration: retrouver ses repères pour redonner un sens au quotidien des soins infirmiers. In: *IVe Colloque du Réseau PRAQSI – Actes, (1997), Le soin infirmier... une force de vie au quotidien*. Lisboa: Réseau PRAQSI. Pp. 31-52.
- VERÍSSIMO, R. (2000). *Emoção. Da (não)expressão na saúde e na doença*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.
- VIEIRA, C. (1999). A credibilidade da investigação científica de natureza qualitativa: questões relativas à sua fidelidade e validade. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 33 (2): 89-116.
- VIEIRA, C. (2000). *O pensamento crítico na educação científica*, Lisboa: Instituto Piaget.
- VIEIRA, F. (1993). *Supervisão: uma prática reflexiva de formação de professores*, Porto: Edições ASA.
- VIEIRA, F.(1994). Alunos autónomos e professores reflexivos. In: TAVARES, José (Ed.) (1994) *Para intervir em educação. Contributos dos colóquios CIDInE*. Aveiro: CIDInE.
- WALKER, S. (1996). Reflective practice in the accident and emergency setting (abstract), *Accid Emerg Nurs*. 4(1): 27-30.
- WALDOW, V. et al. (1995), *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WATSON, J. (2005). A meta – reflection on reflective practice and where it leads. In: JOHNS, C. FRESHWATER, D. (2005). *Transforming nursing through reflective practice*, 2ª Ed. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. Pp. vii-x.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- WATSON, J. (2004). Foreword. In: JOHNS, C. (2004). *Becoming a reflective practitioner*. 2ª Ed. UK: Blackwell Publishing Ltd. Pp. ix-xi.
- WEBB, J; WARWICK, C. (1999). Getting it right: the teaching of philosophical health care ethics. *Nurs Ethics*, 6(2): 150-6.
- WERNECK, V. (2006). Sobre o processo de construção do conhecimento: o papel do ensino e da pesquisa. *Ensaio: Aval. pol. públ. Educ.*, Rio de Janeiro, 14 (51): 173-196.
- WILLIAMS, B. (2001). Developing critical reflection for professional practice through problem – based learning. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1):27–34.
- WILLIAMS, G.; LOWES, L. (2002). Reflection: possible strategies to improve its use by qualified staff. *Br J Nurs*. 10(22):1482-1488.
- WINSTANLEY, J., WHITE, E. (sd) “Clinical Supervision: models, measures and best practice”, *Nurse Researcher*, 10(4):7-38.
- WHITE, R.; EWAN, C. (1997). *Clinical Teaching in Nursing*. Cheltenham (UK): STP.
- WOOLLEY, A., COSTELLO, S. (1988). Innovations in clinical teaching. In: NLN (1988). *Curriculum Revolution: mandate for change*. New York: National League for Nursing. Pp. 89-106.
- WONG, F. *et al.* (1995). Assessing the level of student reflection from reflective journals. *Journal of Advanced Nursing*. 22 (1): 48-57.
- WORTHINGTON, K. (1996). *Self as narrative: subjectivity and community in contemporary fiction*. USA: Oxford University Press.
- YAMAZAKI; Y (2006). Learning Styles and Typologies of Cultural Differences: A Theoretical and Empirical Comparison. *International Journal of Intercultural Relations*. Documento WWW. URL [http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/yoshi-typologies-of-cultural-differences.pdf].
- YAMAZAKI; Y.; KAYES, C. (sd). An Experiential Approach to Cross-Cultural Learning: A Review and Integration of Competencies for Successful Expatriate Adaptation. Documento WWW. URL [http://www.learningfromexperience.com/images/uploads/Yamazaki_and_Kayes.pdf].
- YIN, R.K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*, 3ª ed. Porto Alegre: Bookman. Educa.
- ZACHARIAS, V. (sd). *Vygotsky e a educação*. Documento WWW. URL [http://www.centrorefeducacional.com.br/vygotsky.html].
- ZEICHNER, K. (1993). *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas* Lisboa: Educa.

ANEXOS

Anexo 1. Guia de Orientação para a Reflexão Estruturada

ETAPAS	QUESTIONAMENTO	INDICADORES DE REALIZAÇÃO
<p>1. Descrição da situação tal qual é percebida</p> <p>Descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação (criança e família).</p>	<p>O que é que aconteceu? Em que local e com que pessoas? Quais as características da situação? O que é que se passou comigo? O que fiz e como o fiz? Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento? O que é que eu senti? Quais as razões que concorrem para que esta situação seja para mim significativa?</p>	<p>- Descreve uma situação de desconforto considerando: Características da situação Circunstâncias em que ocorreu Acções realizadas pelo próprio Sentimentos e pensamentos pessoais presentes - Explicita a natureza do desconforto, centrado em si mesmo</p>
<p>2. Análise</p> <p>Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções em confronto com as crenças e pressupostos subjacentes, pessoais e do contexto, assim como em confronto com o estado do conhecimento relativo a essa prática (situação).</p>	<p>O que é que tentei fazer? O que é que eu pretendia com as minhas acções? Porque razões agi como agi? Quais as consequências/implicações das minhas acções para a criança e a família, para mim próprio e para as pessoas com quem trabalho? Como é que esta situação me afecta? O que influenciou a minha tomada de decisão e acções (conhecimentos, tecnologias, crenças e valores)? O que pensam as pessoas envolvidas, da situação? Quais os seus propósitos, e intenções? Quais os consensos presentes no contexto? Quais as crenças e valores das pessoas presentes na situação? Como é que a criança e a família se sentiram? Como é que sei como é que eles se sentiram? Quais os factores internos e externos que influenciaram a minha tomada de decisão e acções? O que diz a teoria acerca da situação em causa?</p>	<p>- Analisa os factores presentes na situação: <u>Factores pessoais</u> ◦ <i>Acções:</i> razões, intenções e implicações para o próprio e pessoas envolvidas ◦ <i>Sentimentos e Pensamentos:</i> razões <u>Factores contextuais</u> ◦ <i>Crenças subjacentes às práticas:</i> perspectivas das pessoas envolvidas ◦ <i>Pressupostos normativos:</i> protocolos, normas e/ou critérios de actuação existentes - Analisa o conhecimento teórico actual <u>Pesquisa bibliográfica</u> acerca dos aspectos significativos da situação</p>
<p>3. Síntese/Avaliação da reflexão realizada</p> <p>Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências entre a experiência pessoal e as perspectivas dos outros e construção da nova perspectiva da situação.</p>	<p>Existem algumas <i>distorções, inconsistências ou incongruências</i> entre aquilo que fiz e o que poderia ter feito? Que sentido atribuo a esta experiência, considerando a experiência passada e a prática futura? O que mudou na minha forma de conhecimento na prática empírica, ética, estética e pessoal? Revendo a experiência, em que é que eu mudei ou me desenvolvi?</p>	<p>- Faz síntese de confronto de perspectivas: distorções /incongruências presentes - Avalia a situação inicial: Juízo tendo em conta a natureza das distorções/incongruências - Desenvolve uma nova perspectiva sobre a sua conduta futura</p>

Fonte: Santos e Fernandes (2004)

Anexo 2. Guia de Orientação para a Reflexão Estruturada

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DR. ÂNGELO DA FONSECA

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ENSINOS CLÍNICOS – 3º ANO

GUIA PARA A REFLEXÃO ESTRUTURADA

A reflexão em enfermagem constitui um importante instrumento de capacitação dos estudantes e profissionais na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Aumenta a capacidade de aprender a partir das práticas permitindo que, quer o conhecimento quer a experiência seja fundamentado e sustentado pela prática. Para isso, é necessário que o processo de análise e exploração das diferentes situações presentes na prática clínica gere e clarifique, no próprio, uma perspectiva conceptual dos cuidados que pratica.

Para que este processo seja conseguido, propomos um guia que define as três principais dimensões do processo de reflexão, cada uma delas acompanhado de um conjunto de questões que poderão ajudar a sua concretização.

As questões apresentadas constituem, apenas, pontos de referência para a reflexão sobre a prática, não sendo vinculativas no desenvolvimento do processo.

1. **Descrição da situação tal qual é percebida:** *descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação*

Auto - Questionamento:

O que é que aconteceu?
Em que local e com que pessoas?
Quais as características da situação?
O que é que se passou comigo?
O que fiz e como o fiz?
Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento?
O que é que eu senti?

2. **Análise:** *Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções em confronto com as crenças subjacentes, pressupostos e conhecimentos assim como em confronto com o contexto ou o estado no qual a prática específica (situação) ocorreu.*

Auto - Questionamento:

O que é que tentei fazer?
Porque razões agi como agi?
O que é que eu pretendia com as minhas acções?
Quais as consequências/implicações das minhas acções para o cliente e a família, para mim próprio e para as pessoas com quem trabalho?
O que pensam as pessoas envolvidas, da situação?
Quais os seus propósitos, consensos e intenções?
Quais as crenças e valores das pessoas presentes na situação?
Como é que o cliente e a família se sentiram?
Como é que sei como é que eles se sentiram?
Como é que esta situação me afecta?
O que influenciou a minha tomada de decisão e acções (conhecimentos, tecnologias, crenças e valores)?
Quais os factores internos e externos que influenciaram a minha tomada de decisão e acções?

O que diz a teoria acerca da situação em causa?

3. **Síntese/Avaliação da reflexão realizada:** *Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências entre a experiência pessoal e as perspectivas dos outros e nova perspectiva da situação.*

Auto – Questionamento:

Existem algumas *distorções, inconsistências ou incongruências* entre aquilo que fiz e o que poderia ter feito?

Como é que eu posso atribuir sentido a esta experiência, considerando a experiência passada e a prática futura?

Como é que esta experiência mudou a minha forma de conhecimento na prática empírica, ética, estética e pessoal?

Revedo a experiência, como é que eu mudei ou me desenvolvi?

PROPOSTA DE “PLANO DE FORMAÇÃO” COM DOCENTES E ORIENTADORES PEDAGÓGICOS DE ENSINO CLÍNICO DO 3º ANO DO CLE.

Tema: PROCESSOS DE REFLEXÃO EM ENSINO CLÍNICO

Parceiros:

Universidade de Aveiro

- ◆ Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa: Doutoranda Elvira Martins dos Santos e Professores peritos na área

Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca

- ◆ Professor Coordenador do 3º Ano do CLE,
- ◆ Professores responsáveis de ensino clínico do 3º Ano
- ◆ Docentes e orientadores pedagógicos de ensino clínico do 3º ano do CLE.

Finalidade: Contribuir na construção da qualidade formativa dos estudantes em ensino clínico pelo desenvolvimento de processos de reflexão sistemática e continuada sobre as práticas de cuidados de enfermagem experienciadas.

Objectivos:

1. Co-construir aprendizagens significativas com professores, orientadores pedagógicos (e eventualmente tutores) de ensino clínico, no âmbito da supervisão/orientação de estudantes, a partir de processos de reflexão estruturada sobre as práticas de cuidados experienciadas em ensino clínico do 3º ano do CLE;
2. Participar no desenvolvimento de processos de supervisão/orientação de estudantes, orientados para a utilização sistemática e continuada de processos de reflexão estruturada em ensino clínico.

Duração: Dez meses consecutivos

Data de início do projecto: Setembro de 2005

Fundamentação: Para que os docentes e orientadores pedagógicos da ESEAF sejam e estejam despertados para processos de reflexão que melhor se adequem a aprendizagens orientadas para o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade profissional dos futuros enfermeiros, importa participar na criação de espaços formativos a partir dos quais os docentes e orientadores pedagógicos (e outros profissionais colaboradores no processo de supervisão de ensino clínica) possam **formar e formar-se**. É nesta perspectiva que nos propomos levar a cabo um projecto de formação, que se constitua, ele mesmo, um processo de investigação e desenvolvimento das práticas de reflexão em ensino clínico, tendo como **pressupostos pedagógicos**, que:

- Os processos de formação potenciam o auto-desenvolvimento pessoal e profissional pela possibilidade de transformação, com consciência crítica, da informação à qual se tem acesso;
- As condições das situações reais da prática educativa em ensino clínico constituem recursos pessoais que mobilizados em espaços formativos de reflexão promovem a apropriação do saber, enquanto saber em construção, com função produtora e transformadora, que facilitam a ruptura com o senso - comum e o conhecimento meramente prescritivo.

Aspectos metodológicos:

Considerando os pressupostos enunciados, a proposta de formação que se apresenta desenvolve-se em duas etapas que, embora distintas, se complementam e entrecruzam.

Etapa I

1. Espaços de formação mais formal, com formadores (externos e internos) que apresentam, discutem e analisam com os docentes/orientadores de ensino clínico (e eventualmente, outros) “*Processos de reflexão em contextos clínicos de aprendizagem*”;
2. Apresentação, análise e discussão de um *Modelo de Reflexão Estruturada* com docentes/orientadores pedagógicos de ensino clínico do 3º ano.

Etapa II

Cooperação supervisiva com docentes/orientadores pedagógicos no processo de supervisão dos estudantes relativa à utilização de um MRE em ensino clínico através de reuniões periódicas, por marcação prévia e/ou a pedido dos docentes.

Avaliação: Será, fundamentalmente, de carácter formativa podendo ser utilizados indicadores de avaliação do processo a aplicar no início e no final do Programa, bem como a análise de incidentes críticos, podendo, ainda, no decurso do Programa, ser definidos outros elementos de avaliação

PROCESSO DE SUPERVISÃO DOS ESTUDANTES RELATIVA À REALIZAÇÃO DE REFLEXÃO EM ENSINO CLÍNICO: PRÁTICAS DOS DOCENTES/ORIENTADORES PEDAGÓGICOS

Dados da reunião realizada

Reunião de 9 de Novembro de 2005: ESEAF, Sala 2.3, das 14.30 min. às 17.30min.

A reunião foi realizada com os seguintes **Objectivos:**

- Obter dados relativos ao processo de supervisão/orientação dos estudantes para a realização de Reflexão em Ensino Clínico, nomeadamente as variáveis envolvidas nesta actividade (dúvidas, dificuldades...e estratégias de intervenção utilizadas)
- (Re)pensar estratégias críticas de intervenção para a orientação dos estudantes conducentes à realização de Reflexão

SÍNTESE E RECOMENDAÇÕES

Elvira Martins dos Santos

1. Síntese dos aspectos discutidos na reunião

Da análise e discussão realizada com docentes e orientadores pedagógicos de ensino clínico do 3º Ano, nas áreas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde do Idoso, Enfermagem Médica e Enfermagem Cirúrgica emergiram, na minha perspectiva, os seguintes aspectos:

- **Importância da Reflexão Estruturada**, no âmbito da aprendizagem dos estudantes em ensino clínico
 - i. Foi considerada, globalmente, uma estratégia útil e adequada à aprendizagem dos estudantes em ensino clínico
 - ii. Os estudantes têm realizado a reflexão de situações significativas “em termos pessoais”, principalmente, situações de carácter sobretudo relacional e técnico
- **Dificuldades dos estudantes**
 - i. Dificuldades no arranque:
 - a) *Dificuldade em perceber uma situação como significativa (estão à espera de um grande acontecimento)*
 - b) *Tendência para se centrarem em acções dos outros (“apreciar o que viram fazer”)*
 - ii. Confusão entre descrição e reflexão
 - a) *Alguns estudantes realizam narrativas de carácter apenas descritivo, pensando estar a fazer reflexão*
 - iii. Dificuldades em identificar a perspectiva dos outros
 - a) *Dificuldade em abordar/confrontar os profissionais*
 - iv. Alguns sentem a reflexão como obrigação
 - v. Dificuldade no desenvolvimento de alguns tópicos:
 - a) *Perspectiva dos outros*
 - b) *Abordagem dos factores contextuais*
 - c) *Referência a protocolos/normas/critérios de intervenção dos serviços*
 - vi. Dificuldade em fazer o confronto de perspectivas
 - vii. Dificuldade em construir uma nova perspectiva de intervenção
 - viii. Percepção, por parte de alguns docentes, de repetição na abordagem de algumas situações consideradas significativas, em alguns contextos (S. Ortopedia – HP)
- **O que os estudantes estão a fazer bem**
 - i. A descrição de situações significativas

2. Algumas questões/ dificuldades dos docentes e orientadores pedagógicos e

sugestões /considerações para a intervenção supervisiva

a. Como dar *feedback*, relativo aos processos de reflexão, aos estudantes?

Sugestões:

- i. *Ao longo do processo: desde o início ir questionando acerca de eventuais dificuldades, dando “dicas”, sugerindo...*
- ii. *No final do processo: o que fez bem, o que faltou, o que poderá fazer nas próximas reflexões...*

b. É ou não válida a reflexão centrada na acção do outro?

Considerações:

- i. *A situação significativa pode surgir da observação da acção “do outro”, mas a reflexão deverá centrar-se no próprio estudante no sentido de este tomar consciência do que é significativo para si próprio – explicitando a natureza do desconforto ou satisfação pessoal nessa situação. É nesta explicitação que o processo de reflexão se desenrolará.*

c. Qual a metodologia a adoptar junto dos estudantes nas situações de cuidados de modo a promover a reflexão sobre as práticas?

Sugestões:

- i. *Questionamento individual, durante e/ou após os cuidados. Ex: O que é que estás a fazer? Porquê? Quais são os teus objectivos?...*
- ii. *Análise de situações de cuidados individualmente e/ou com o grupo de estudantes, após a situação*

d. Como orientar os estudantes quando a situação é considerada significativa pela positiva?

Sugestões:

- i. *O tipo de questionamento a seguir no processo de reflexão é basicamente o mesmo que para situações significativas pela negativa. Importa que o estudante *explicita a natureza da sua satisfação* após a descrição da situação vivida e a partir daí: i) *analisa-se a si próprio*, ou seja: porque razão fica satisfeito nessa situação, que objectivos nortearam a sua acção, quais as implicações da sua acção, para si próprio, para o cliente e família e/ou outros membros da equipa...; ii) *analisa a perspectiva de outros profissionais relativa a essa situação*: o que pensam acerca..., porquê...; iii) *analisa protocolos/normas/critérios de actuação do serviço relativos a essa situação* (no caso de existirem); iv) *analisa bibliografia pertinente* acerca do assunto; e segue as restantes etapas do processo reflexivo até tomar consciência das razões que o fazem perceber a situação pela positiva, no sentido de a poder repetir no futuro, de forma fundamentada e criticamente sustentada, pela explicitação da sua nova perspectiva de intervenção futura.*

3. Recomendações

a. **Em termos de Estratégias de Intervenção Crítica a seguir**

- i. **Alertar e reforçar os estudantes para a reflexão centrada na sua própria prática**, no sentido de este se perceber a si próprio e tomar consciência de si na situação, ou seja, agir no sentido de o estudante centrar a reflexão em si mesmo. O grande objectivo da reflexão do estudante é ele tomar consciência de que pode, de modo emancipado, conceptualizar cuidados e formas de estar e ser como pessoa e futuro profissional
- ii. **Averiguar da veracidade/singularidade da situação** – esta deverá ser significativa para o estudante, independentemente do facto de ser comum ou não no contexto no qual se desenrola a acção de aprendizagem
- iii. **Garantir que os estudantes estão a pensar em termos de situação significativa para si próprio** e a partir da qual podem construir novas perspectivas de intervenção/acção

- iv. **Interpelar os estudantes e orientar em função das dificuldades percebidas**
- b. **Aspectos gerais a considerar:**
 - i. É importante que a “Reflexão Estruturada” seja considerada como instrumento de avaliação e que os estudantes tenham consciência disso
 - ii. Garantir que os estudantes entendem o que se lhes pede
 - iii. Definição de limites para o *relatório* (nº de páginas e características da perspectiva teórica – *princípio da essencialidade*) em função da realidade de cada contexto e/ou docente/orientador
 - iv. **Planear a acção supervisiva em função dos contextos nos quais se desenrola o ensino clínico**

Nota Final: A próxima reunião terá lugar na ESEAF, sala 2.3, no dia 23 de Fevereiro às 14h. Contamos com a presença da Professora Idália Sá-Chaves, da Universidade de Aveiro, para nos ajudar a reflectir acerca do processo de supervisão em ensino clínico orientado para a promoção da reflexividade crítica dos estudantes, a partir das questões, que nesta fase do processo se nos colocam. Por favor, faça o seu “descritivo de acção” (ou seja o que tem feito no sentido de orientar o estudante para a reflexão estruturada sobre as suas práticas) e traga-os, pois será concerteza um óptimo instrumento de trabalho.

PROCESSO DE SUPERVISÃO DOS ESTUDANTES RELATIVA À REALIZAÇÃO DE REFLEXÃO EM ENSINO CLÍNICO: PRÁTICAS DOS DOCENTES/ORIENTADORES PEDAGÓGICOS

Reunião de 23 de Fevereiro de 2006

Local: ESEAF, Sala 2.3,

Duração: Dos 14.10 min às 17.30 min.

Presenças: 23 profissionais, dos quais 8 docentes, 3 enfermeiros requisitados e 11 enfermeiros orientadores de Ensino Clínico do 3º Ano

Formadora: Professora Doutora Idália Sá-Chaves, DDTE. UA.

Objectivos:

1. Discutir e analisar elementos do processo de supervisão/orientação dos estudantes para a realização da RE, nomeadamente as variáveis envolvidas nesta actividade (dúvidas, dificuldades...e estratégias de intervenção utilizadas) a partir dos Planos de Acção, para esta actividade concebidos, de cada docente/orientador;
2. (Re)pensar estratégias críticas de intervenção para a supervisão/orientação dos estudantes em ensino clínico promotoras da sua reflexividade crítica.

SÍNTESE REFLEXIVA DO CONTEÚDO DA REUNIÃO

1. Aferição de terminologia

a. Reflexão “Estruturada”: O que significa *estrutura/estruturada*?

A Professora Idália começa por desconstruir as formas lineares do conceito *estrutura*, assinalando a evolução do mesmo para “an expanded vision”, enquanto potencial de compreensão mais complexa – METÁFORA DA PIPOCA: transformação/ (re)construção dos sujeitos pela acção potenciadora de energia externa.

Aborda o conceito de Estrutura Moderna enquanto possibilidade de a podermos compreender como sistema aberto e dinâmico, logo imprevisível (Le Moigne). Neste sentido, os sistemas de formação, com tudo quanto possuem de estrutura física e organizacional, são entendidos enquanto *possibilidades de emergência* em processos de construção partilhada: (co)construção. Os “Sistemas de formação” são situados nos novos paradigmas: os paradigmas complexos, da incerteza e da ambiguidade, pois que pela especificidade e singularidade das interacções “ninguém tem respostas pré-fabricadas para algo que ainda não aconteceu”.

Que outro(s) termo(s) para “estruturada/estrutura”?

- Compreensão enquanto *sistema multipolar*, mais ou menos complexo;
- Modelização mais ou menos rica em função dos seus componentes, incluindo a *natureza da relação* – relação sempre biunívoca, que envolve recursividade;

b. Aspectos a considerar no âmbito das práticas de supervisão

- O supervisor não reflecte melhor que o supervisionado;
- O estudante faz o ensino clínico porque “ainda” não sabe.

Com este referencial, o de imprevisibilidade, *não há receitas* para se ensinar alguém a reflectir, a ser. Sabemos, no entanto, que não é por transmissão directa, antes por processos promotores de pensamento intencional sobre alguma coisa.

Conceitos:

- “Não é a prática que ensina. É a reflexão sobre a prática” (Zeichner)
- “Ideia geradora” (Paulo Freire)

A reflexão sobre a prática é a capacidade de cada um de nós *pensar* sobre os percursos que se vão fazendo. Este *pensar* intencional – *reflexão* – envolve, do ponto de vista supervisivo: i) dar *feedback* e informação contínua ao não sabedor (estudante); ii) reconhecimento de algumas competências em processo de desabrochamento; iii)

problematização da situação, com cuidado e atenção ao que o estudante já sabe e ao que o estudante não sabe ainda.

Como trabalhar a zona do não saber?

Ao supervisor cabe assinalar ao estudante o que sabe, reconhecendo-o, e dizer o que não sabe “ainda”, criando condições de emergência e autenticidade num processo de (re)construção de saberes. Neste processo, o diálogo transforma a estrutura num sistema dinâmico pela possibilidade de interrelação na construção partilhada de saberes. A reflexão é então sistema de emergência do 3º incluído, enquanto processo de atribuição de significado à acção de ambos (supervisor e supervisando).

Neste sentido, a Professora Idália considera a reflexão “estruturada” um *processo de organização do pensamento* enquanto sistema aberto, dinâmico e flexível e através da qual as emergências são sempre singulares.

Inscrição do 3º incluído numa relação horizontal

Início do processo:

- Definir com clareza as *intenções, objectivos e finalidades* do processo ensino-aprendizagem

Decorrer do processo:

- Estar atenta à *emergência* que pode alterar, mudar ou modificar o 3º *incluído* e que se constitui marca decisiva na construção da relação supervisiva. “O essencial é invisível para os olhos”.

O processo de supervisão deve orientar-se, então, no sentido de i) avaliar o processo e não o momento; ii) avaliar a evolução desde o início e iii) assinalar o facto de que não deve ter medo de errar.

2. Processos de Reflexão

Os processos de reflexão sobre as práticas podem ser desencadeados a partir de situações percebidas como significativas. Estas integram, habitualmente, um forte carácter emocional que pode decorrer, nos contextos de prestação de cuidados de saúde, do confronto do estudante com os processos de doença das pessoas. A construção de processos reflexivos a partir destas situações pode fazer-se pelo recurso a narrativas (orais, por escrito...), pois *a reflexão faz-se narrando e narrando a pessoa narra-se*, dá-se a conhecer e conhece-se a si própria. Neste processo, a compreensão de que “percebemos alguma coisa de poucas coisas” pode emergir: “Quando se constrói conhecimento constrói-se esperança” e “o que somos como profissionais depende da vida que temos”.

3. Questões dos participantes

a) Como agir face a estudantes que actuam de modo pouco ajustado e com argumentos que se repetem nos diferentes locais de estágio?

R: As respostas dos estudantes podem prender-se com diferentes ordens de razões:

- ◆ Razões intra pessoais – aqui podem ter que se colocar questões de pré requisitos;
- ◆ Contextos de vida – situações perturbadoras;
- ◆ O próprio contexto de formação – modo como o saber está a ser construído. Neste sentido importa atender aos estilos de supervisão que podem ser usados (Glickman):
 - *Estilo Directivo* – sem margens para a emergência do “3º incluído”;
 - *Estilo Colaborativo* – prescrevo, indico, sugiro e deixo o estudante escolher. Trata-se de um estilo de co-construção do processo de aprender;
 - *Estilo Misto* – estilo característico do supervisor reflexivo. O supervisor usa estilos “não standard” (Sá-Chaves, 1994), ou seja usa o estilo que se ajuste caso a caso. Trata-se do exercício da supervisão na dimensão ética, que é a essência da profissionalidade.

“Será que a virtude se ensina?” (Sócrates)

Não sabemos se é possível ensiná-la, mas é possível fazer com que o outro compreenda que a honestidade, a verticalidade, a cidadania, *ser pessoa de bem* é possível. “Não sei por onde vou, mas sei por onde não vou”. Não há “estrela” que nos guie (Metáfora)

dos reis magos – receitas pré fabricadas). A “estrela” está nos processos de reflexão, no aprender fazendo e reflectindo, na capacidade de pensar e ser reflexivo – exercício que se faz conjuntamente na possibilidade que se dá de se encontrar de novo, de construir hipóteses e encontrar-se na construção, abrindo o leque para o encontro de alternativas.

b) O início do estágio é difícil...!

R: Dar tempo para que os indícios se vão manifestando...

c) Os estágios são curtos e as exigências são muitas...

R: Devemos ser comedidos nas expectativas. A relação pessoal do estudante com o objecto de aprendizagem é mais tardio. No entanto, podemos considerar que o desenvolvimento reflexivo assenta na construção de formas de pensar, que podemos estimular.

Níveis de pensamento reflexivo (Van Mannen)

O início do processo é de caos – há que fazer o estudante passar do caos para a reflexão.

- ◆ 1º Nível: Descritivo simples. Descrição das situações identificando os elementos da estrutura e das interacções. A natureza do pensamento desenvolvido decorre de “observar bem” e das características pessoais do sujeito.
- ◆ 2º Nível: Narrativo prático (clínico). O pensamento é mais elaborado, pois inclui a interpretação que o sujeito faz da situação. “Quem narra narra-se” – narra o seu pensamento.
- ◆ 3º Nível: Narrativo crítico. Discurso sobre o que é e o que deveria ter sido. Desenvolve-se o pensamento alternativo pela introdução da dimensão crítica no processo de pensamento
- ◆ Nível meta-crítico: conhecimento das alternativas, reconhecimento de si como variável que interfere (e diz isso) (Sá-Chaves e Isabel Alarcão)
- ◆ Nível meta prático (*praxis* – acção informada pelos valores de bem; prática = acção, simplesmente): Discurso e acção da acção informada (Sá-Chaves e Isabel Alarcão).

O desenvolvimento do pensamento reflexivo é determinado pela natureza das questões que são colocadas, pois estas orientam os processos de construção da resposta e do próprio pensamento (Helena Pedrosa).

3. CONCLUSÃO

Fazer a revisão do Guia de Orientação para a Reflexão em Ensino Clínico em uso, considerando as questões levantadas nesta sessão.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DR. ÂNGELO DA FONSECA
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM
ENSINOS CLÍNICOS – 3º ANO

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA A REFLEXÃO EM ENSINO CLÍNICO

(Prof. Elvira Santos)

A reflexão em enfermagem constitui um importante instrumento de capacitação dos estudantes e profissionais na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas. Aumenta a capacidade de aprender a partir das práticas permitindo que, quer o conhecimento quer a experiência seja fundamentado e sustentado pela prática. Para isso, é necessário que o processo de análise e exploração das diferentes situações presentes na prática clínica gere e clarifique, no sujeito, uma perspectiva conceptual dos cuidados que pratica.

Para a construção deste processo de reflexão, propomos um guia de orientação/referência que define diferentes níveis do processo de reflexão, cada um deles acompanhado de um conjunto de questões (auto-questionamento) que poderão ajudar a sua concretização.

As questões apresentadas constituem, apenas, pontos de referência para a reflexão sobre as práticas, não sendo vinculativas no desenvolvimento do processo.

- 1. Descrição da situação tal qual é percebida:** *descrição da situação em termos de acções, pensamentos e sentimentos presentes assim como as circunstâncias (local e pessoas) e características da situação (cliente e família).*

Auto – Questionamento:

- O que é que aconteceu?
- Em que local e com que pessoas?
- Quais as características da situação?
- O que é que se passou comigo?
- O que fiz e como o fiz?
- Que pensamentos me ocorreram durante o acontecimento?
- O que é que eu senti?
- O que é para mim mais significativo nesta situação?

- 2. Análise:** *Processo de análise consciente acerca do que ocorreu em termos de pensamentos, sentimentos e acções pessoais em confronto com outras perspectivas e conhecimento teórico actual, assim como em confronto com o contexto ou o estado no qual a prática específica (situação) ocorreu.*

Auto - Questionamento:

- Porque razões, eu agi como agi?
- Que objectivos tinha eu em mente quando agi como agi?
- O que influenciou a minha tomada de decisão?
- Quais as consequências/implicações da minha conduta para o cliente e a família? E para mim próprio? E para as pessoas com quem trabalho ou estiveram presentes na situação?

O que pensam o cliente e família acerca da situação?
O que pensam os outros profissionais (enfermeiros, médicos, colegas, ...) acerca da situação?
Os protocolos/ normas/critérios/padrões de actuação do serviço, no qual ocorreu a situação, referem alguns aspectos que se possam relacionar com a situação ocorrida? Quais são esses aspectos? Que relação têm com a situação?
O que diz a teoria acerca da situação em causa?

3. Síntese: *Discurso acerca da natureza das distorções, inconsistências e incongruências ou semelhanças entre a experiência pessoal, as perspectivas dos outros e a teoria.*

Auto – Questionamento:

Que relação existe entre a minha perspectiva e a perspectiva dos outros?
E entre a minha perspectiva e a perspectiva teórica?
Existem algumas *distorções, inconsistências incongruências ou semelhanças* entre aquilo que fiz, pensei e/ou senti (a minha perspectiva), a perspectiva dos outros e o que diz a teoria acerca do assunto?

4. Avaliação da acção inicial: *Avaliação da acção/perspectiva pessoal realizada na situação descrita inicialmente.*

Auto – Questionamento:

Considerando a síntese de perspectivas anterior, como avalio a minha acção/perspectiva inicial?
Foi ajustada à situação?
Poderia ter feito melhor? De outra maneira?

5. Perspectiva de intervenção futura: *Construção de uma nova perspectiva de intervenção pessoal a partir do juízo que agora faria na situação experienciada, bem como a tomada de decisão que dele decorreria.*

Auto – Questionamento:

Se fosse agora, que diagnóstico/juízo formularia na situação experienciada?
O que faria, decorrente desse diagnóstico/juízo?
O que me proponho fazer no futuro, ou faria, hoje, na mesma situação?
Como é que eu posso atribuir sentido a esta experiência, considerando a minha experiência passada e a prática futura?
Como é que esta experiência mudou/influenciou a minha forma de conhecimento?
Revendo a experiência, como é que eu mudei ou me desenvolvi?

Anexo 7. Instrumento de consentimento informado individual.

Participação Informada de estudantes 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEAF

Participo de livre e espontânea vontade no Estudo de Investigação: *A Aprendizagem em Ensino Clínico pela via da Reflexão Estruturada/Sistemática*, conduzido pela Professora Adjunta Elvira Maria Martins dos Santos, no âmbito do seu Plano Doutoral inscrito no Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro, disponibilizando-me para:

- i) A entrega em suporte informático de todos os Relatórios de Reflexão Estruturada realizados em Ensino Clínico;
- ii) A realização de uma *Metareflexão*, tendo por referente as reflexões anteriores, no final dos Ensinos Clínicos;
- iii) Ser entrevistada, em períodos acordados mutuamente;
- iv) Autorizo o uso do conteúdo das entrevistas, dos relatórios e *metareflexão* para efeitos de investigação e
- v) Outros aspectos que se evidenciarem relevantes para a condução da investigação, com prévio acordo das partes.

Data,
Nome

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Tabelas de distribuição de dados

Tabela 1. Distribuição das situações significativas centradas no cliente, segundo a continuidade narrativa

Situações Significativas Centradas no Cliente	Narrativas					Total
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	
Expressões emocionais	4	4	4	4	4	20
Problemas físico/corporais	2	1	1	2	3	9
Outras "marcas situacionais"	2	1	0	1	0	4
Total	8	6	5	7	7	33

Tabela 2. Distribuição das situações significativas, segundo a área de ensino clínico

Situações Significativas	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Centradas no Cliente	6	6	7	7	7	33
Centradas na relação cliente - enfermeiro	0	2	1	1	1	05
Centradas na Prática de Cuidados	1	1	1	2	1	06
Centradas no Ambiente de Cuidados	3	1	1	0	1	06
Total	10	10	10	10	10	50

Tabela 3. Distribuição das situações significativas, segundo a narrativa

Situações Significativas	Narrativas					Total
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	
Centradas no Cliente	7	5	5	9	7	33
Centradas na relação cliente - enfermeiro	1	2	2	0	0	05
Centradas na Prática de Cuidados	0	3	0	1	2	06
Centradas no Ambiente de Cuidados	2	0	3	0	1	06
Total	10	10	10	10	10	50

Tabela 4. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo os estudantes

Significados Atribuídos às Situações	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Situações Marcantes pela Positiva	0	1	2	3	2	3	2	3	2	0	18
Situações Marcantes pela Negativa	1	0	3	3	3	2	1	2	2	0	17
Situações marcantes pela Novidade	4	1	2	2	3	0	0	0	1	0	13
Outros Significados Atribuídos	0	4	0	0	1	0	1	1	0	4	11
Total	5	6	7	8	9	5	4	6	5	4	59

Tabela 5. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo a área de ensino clínico

Significados Atribuídos às Situações	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Situações marcantes pela Positiva	2	5	2	6	3	18
Situações marcantes pela Negativa	2	2	6	3	4	17
Situações marcantes pela Novidade	4	2	3	1	3	13
Outros Significados	3	2	2	2	2	11
Total	11	11	13	12	12	59

Tabela 6. Distribuição dos significados atribuídos às situações, segundo a narrativa

Significados Atribuídos às Situações	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Situações marcantes pela Positiva	3	4	3	6	2	18
Situações marcantes pela Negativa	5	2	2	2	6	17
Situações marcantes pela Novidade	2	4	4	1	2	13
Outros Significados	2	2	2	3	2	11
Total	12	12	11	12	12	59

Tabela 7. Distribuição das dificuldades na selecção de situações significativas, segundo os estudantes

Dificuldades na Selecção de Situações Significativas	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Relacionada com diversas situações passíveis de realizar uma reflexão	0	5	0	2	4	0	0	0	2	2	15
Relacionada com a dificuldade em eleger uma única situação	0	2	0	0	1	0	0	5	0	0	08
Relacionada com a vivência de diversos motivos de reflexão	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	01
Total	0	7	0	2	5	0	1	5	2	2	24

Tabela 8. Distribuição das dificuldades na seleção de situações significativas, segundo a área de ensino clínico

Dificuldades na Seleção de Situações Significativas	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Relacionada com diversas situações passíveis de realizar uma reflexão	2	2	4	4	3	15
Relacionada com a dificuldade em eleger uma única situação	1	2	2	2	1	08
Relacionada com a vivência de diversos motivos de reflexão	0	1	0	0	0	01
Total	3	5	6	6	4	24

Tabela 9. Distribuição das dificuldades na seleção de situações significativas, segundo a narrativa

Dificuldades na Seleção de Situações Significativas	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Relacionada com diversas situações passíveis de realizar uma reflexão	2	2	3	5	3	15
Relacionada com a dificuldade em eleger uma única situação	1	1	1	2	3	08
Relacionada com a vivência de diversos motivos de reflexão	0	0	0	0	1	01
Total	3	3	4	7	7	24

Tabela 10. Distribuição dos tipos de sentimentos relativos ao início do ensino clínico, segundo os estudantes

Sentimentos no Início do Ensino Clínico	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Sentimentos positivos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	01
Sentimentos negativos	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	04
Outros estados cognitivo/emocionais	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	02
Total	0	4	0	0	0	3	0	0	0	0	07

Tabela 11. Distribuição dos tipos de sentimentos no início do ensino clínico, segundo a área de ensino clínico

Sentimentos no início do Ensino Clínico	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Sentimentos positivos	0	0	1	0	0	01
Sentimentos negativos	1	1	1	0	1	04
Outros estados cognitivo/emocionais	1	0	1	0	0	02
Total	2	1	3	0	1	7

Tabela 12. Distribuição dos tipos de sentimentos relativos ao início do ensino clínico, segundo a continuidade narrativa

Sentimentos no início do Ensino Clínico	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Sentimentos positivos	1	0	0	0	0	01
Sentimentos negativos	2	1	1	0	0	04
Outros estados cognitivo/emocionais	1	0	1	0	0	02
Total	4	1	2	0	0	07

Tabela 13. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos perante a situação, segundo os estudantes

Sentimentos expressos perante a situação	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Sentimentos positivos	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	26
Sentimentos negativos	3	5	3	4	3	4	3	4	4	4	37
Misto de Sentimentos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	01
Outros estados cognitivo/emocionais	1	4	1	2	2	0	2	3	2	4	21
Total	7	12	5	9	8	7	8	11	8	10	85

Tabela 14. Distribuição de sentimentos expressos perante a situação, segundo a área de ensino clínico

Sentimentos expressos perante a Situação	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Sentimentos positivos	7	5	2	9	3	26
Sentimentos negativos	5	8	10	8	6	37
Misto de Sentimentos	1	0	0	0	0	01
Outros estados cognitivo/emocionais	5	4	4	3	5	21
Total	18	17	16	20	14	85

Tabela 15. Distribuição de sentimentos expressos perante a situação, segundo a continuidade narrativa

Sentimentos expressos perante a situação	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Sentimentos positivos	5	4	6	7	4	26
Sentimentos negativos	6	7	7	9	8	37
Misto de Sentimentos	0	1	0	0	0	1
Outros estados cognitivo/emocionais	3	5	3	6	4	21
Total	14	17	16	22	16	85

Tabela 16. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos após a análise da situação, segundo os estudantes

Sentimentos Expressos Após a Análise da Situação	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Sentimentos positivos	4	2	1	2	3	2	2	4	1	2	23
Sentimentos negativos	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	05
Outros estados cognitivo/emocionais	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3	05
Total	4	2	2	2	3	2	3	4	3	8	33

Tabela 17. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos após a análise da situação, segundo a área de ensino clínico

Sentimentos Expressos Após a Análise da Situação	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Sentimentos positivos	4	5	5	7	2	23
Sentimentos negativos	0	1	2	2	0	05
Outros estados cognitivo/emocionais	2	1	1	1	0	05
Total	6	7	8	10	2	33

Tabela 18. Distribuição dos tipos de sentimentos expressos após a análise da situação, segundo a continuidade narrativa

Sentimentos Expressos Após a Análise da Situação	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Sentimentos positivos	6	4	6	4	3	23
Sentimentos negativos	2	0	0	2	1	5
Outros estados cognitivo/emocionais	1	1	1	2	0	5
Total	9	5	7	8	4	33

Tabela 19. Distribuição dos níveis de pensamento expressos, segundo os estudantes

Níveis de Pensamento expresso	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Pensamento de senso comum	4	5	3	1	3	2	1	5	3	3	30
Pensamento crítico	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	50
Pensamento metacognitivo / reflexivo	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	48
Total	12	15	13	11	13	12	11	15	13	13	128

Tabela 20. Distribuição dos níveis de pensamento expressos, segundo a área de ensino clínico

Níveis de Pensamento expresso	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Pensamento de senso comum	7	7	7	4	5	30
Pensamento crítico	10	10	10	10	10	50
Pensamento metacognitivo / reflexivo	9	10	10	10	9	48
Total	26	27	27	24	24	128

Tabela 21. Distribuição dos níveis de pensamento expressos segundo a continuidade narrativa

Níveis de Pensamento expresso	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Pensamento de senso comum	7	6	7	6	4	30
Pensamento crítico	10	10	10	10	10	50
Pensamento metacognitivo / reflexivo	9	10	9	10	10	48
Total	26	26	26	26	24	128

Tabela 22. Distribuição dos pensamentos de auto-regulação, segundo os estudantes

Pensamentos de auto-regulação expresso	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Auto-monitorização	0	0	3	5	5	4	3	4	4	5	33
Auto-avaliação	1	5	3	3	5	4	4	3	5	4	37
Auto-reforço	0	0	3	4	2	3	1	3	2	1	19
Total	1	5	9	12	12	11	8	10	11	10	89

Tabela 23. Distribuição dos pensamentos de auto-regulação, segundo a continuidade narrativa

Níveis de Pensamento expresso	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Auto-monitorização	6	4	7	8	8	33
Auto-avaliação	6	7	6	9	9	37
Auto-reforço	3	2	5	6	3	19
Total	15	13	18	23	20	89

Tabela 24. Distribuição das formas de agir profissional, segundo os estudantes

Formas de Agir Profissional	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Deliberação de Agir	1	2	0	1	3	0	1	2	2	2	14
Realização de Acções	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	48
Razões para a acção	4	1	0	3	1	3	0	2	1	3	18
Objectivos das acções	2	0	0	0	3	4	3	3	2	1	18
Recursos mobilizados	3	0	0	2	4	2	1	2	0	1	15
Factores que influenciaram	0	0	3	1	2	3	0	3	0	0	12
Avaliação das acções	5	2	3	4	5	4	4	4	3	1	35
Total	20	10	11	16	23	20	14	21	13	12	160

Tabela 25. Distribuição das formas de agir profissional, segundo a área de ensino clínico

Formas de Agir Profissional	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Deliberação de Agir	1	4	2	3	4	14
Realização de Acções	9	10	9	10	10	48
Razões para a acção	3	4	5	3	3	18
Objectivos das acções	3	4	0	7	4	18
Recursos mobilizados	2	3	3	4	3	15
Factores que influenciaram	3	2	3	2	2	12
Avaliação das acções	6	8	7	6	8	35
Total	27	35	29	35	34	160

Tabela 26. Distribuição das formas de agir profissional, segundo a continuidade narrativa

Formas de Agir Profissional	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Deliberação de Agir	4	3	2	2	3	14
Realização de Acções	9	10	9	10	10	48
Razões para a Acção	2	4	4	5	3	18
Objectivos das Acções	3	3	4	4	4	18
Recursos Mobilizados	3	2	3	4	3	15
Factores que influenciaram	0	2	3	3	4	12
Avaliação das Acções	6	8	8	6	7	35
Total	27	32	33	34	34	160

Tabela 27. Distribuição dos modos de resposta expressos nas narrativas, segundo os estudantes

Modos de Resposta	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Componente Motora	0	3	0	1	0	2	0	1	2	3	12
Componente Fisiológica	0	0	2	1	0	0	0	1	1	3	8
Componente Cognitiva	4	5	1	4	1	1	3	0	4	4	27
Componente Emocional	0	3	1	2	0	1	1	2	4	3	17
Total	4	11	4	8	1	4	4	4	11	13	64

Tabela 28. Distribuição dos modos resposta expressos, segundo a área de ensino clínico

Modos de Resposta	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Componente Motora	2	4	4	1	1	12
Componente Fisiológica	1	2	3	2	0	08
Componente Cognitiva	4	5	6	8	4	27
Componente Emocional	4	3	4	3	3	17
Total	11	14	17	14	8	64

Tabela 29. Distribuição dos modos de resposta expressos segundo a continuidade narrativa

Modos de Resposta	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Componente Motora	4	1	1	2	4	12
Componente Fisiológica	1	0	1	3	3	08
Componente Cognitiva	8	5	4	6	4	27
Componente Emocional	3	2	4	4	4	17
Total	16	8	10	15	15	64

Tabela 30. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo os estudantes

Tipos de Conhecimento	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Conhecimento Empírico	5	4	1	3	3	4	4	2	0	1	27
Conhecimento Ético-Legal	1	2	0	0	1	1	0	0	0	1	06
Conhecimento Pessoal	3	4	3	3	0	2	1	3	2	2	23
Conhecimento Estético	3	5	1	3	1	1	1	0	4	1	20
Conhecimento Reflexivo	2	5	4	4	5	5	4	5	4	5	43
Total	14	20	09	13	10	13	10	10	10	10	119

Tabela 31. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo a área de ensino clínico

Tipos de Conhecimento	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Conhecimento Empírico	3	1	4	5	8	21
Conhecimento Ético-Legal	9	0	5	4	8	26
Conhecimento Pessoal	4	3	6	4	10	27
Conhecimento Estético	6	1	3	5	9	24
Conhecimento Reflexivo	5	1	5	2	8	21
Total	29	6	23	20	45	119

Tabela 32. Distribuição dos tipos de conhecimento expressos, segundo a continuidade narrativa

Tipos de Conhecimento	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Conhecimento Empírico	5	7	4	6	5	27
Conhecimento Ético-Legal	0	2	0	2	2	06
Conhecimento Pessoal	6	3	4	5	5	23
Conhecimento Estético	4	5	3	3	5	20
Conhecimento Reflexivo	9	7	8	10	9	43
Total	24	24	19	26	26	119

Tabela 33. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências expressas segundo os estudantes

Aquisição e desenvolvimento de competências	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Responsabilidade	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	49
Prática segundo a ética	4	2	0	0	4	1	1	2	0	2	16
Prática legal	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	02
Prestação de cuidados	4	5	5	4	5	5	4	5	5	2	44
Desenvolvimento profissional	4	5	3	5	4	4	5	5	5	5	45
Total	17	18	13	14	18	15	15	17	15	14	156

Tabela 34. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências expressas, segundo a área de ensino clínico

Aquisição e desenvolvimento de competências	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Responsabilidade	9	10	10	10	10	49
Prática segundo a ética	2	5	3	3	3	16
Prática legal	1	1	0	0	0	02
Prestação de cuidados	9	8	9	10	8	44
Desenvolvimento profissional	8	10	9	10	8	45
Total	29	34	31	33	29	156

Tabela 35. Distribuição das áreas de aquisição e desenvolvimento de competências expressas, segundo a continuidade narrativa

Aquisição e desenvolvimento de competências	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Responsabilidade	10	10	9	10	10	49
Prática segundo a ética	3	3	3	4	3	16
Prática legal	1	0	1	0	0	02
Prestação de cuidados	10	9	8	10	7	44
Desenvolvimento profissional	7	10	9	9	10	45
Total	31	32	30	33	30	156

Tabela 36. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo os estudantes

Início e final das narrativas	Estudantes										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
Início das narrativas	4	4	0	5	5	4	1	3	4	3	33
Final das narrativas	0	4	5	2	0	5	3	0	4	1	24
Total	4	8	5	7	5	9	4	3	8	4	57

Tabela 37. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo a área de ensino clínico

Início e final das narrativas	Ensino Clínico					Total
	Enf. Materna	Enf. Pediátrica	Enf. Médica	Enf. Cirúrgica	Enf. Idoso	
Início das narrativas	4	8	7	8	6	33
Final das narrativas	2	6	5	5	6	24
Total	6	14	12	13	12	57

Tabela 38. Distribuição das concepções de reflexão expressas no início e no final das narrativas, segundo a continuidade narrativa

Início e final das narrativas	Narrativas					Total
	1ª Narrativa	2ª Narrativa	3ª Narrativa	4ª Narrativa	5ª Narrativa	
Início das narrativas	6	6	6	8	7	33
Final das narrativas	6	4	3	6	5	24
Total	12	10	9	14	12	57