

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: A PERSPETIVA DO  
ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

Nuno Sérgio Cardoso Sevivas da Costa

Porto | 2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem

FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: A PERSPETIVA DO  
ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Prof. Doutor Wilson Jorge Correia Abreu

Nuno Sérgio Cardoso Sevivas da Costa

Porto | 2012



*Este trabalho é dedicado...*

*Aos meus pais, **Agostinho** e **Fernanda**, pelo carinho e apoio incondicional.*

*À **Joana** pelo amor, compreensão e incentivo.*



## AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração de inúmeras pessoas que, de uma forma ou de outra, influenciaram a construção do meu percurso. Neste sentido, como forma de expressão do meu sincero reconhecimento, fica registado o meu agradecimento:

- ✓ Ao Professor Doutor Wilson Abreu, por tudo o que me tem ensinado ao longo do meu percurso formativo como enfermeiro, pela sua enorme dedicação e incentivo;
- ✓ Aos meus pais, por sempre acreditarem em mim e me proporcionarem todas as condições para chegar até aqui;
- ✓ À Joana, pelo amor, estímulo, ajuda e por ser quem é...;
- ✓ À Catarina por todo o apoio nas fases cruciais deste trabalho;
- ✓ Aos meus familiares e amigos pelo incentivo e apoio demonstrados;
- ✓ Ao Centro Hospitalar do Porto, pela ajuda concedida neste processo;
- ✓ A todos aqueles que colaboraram para tornar este trabalho uma realidade.

A Todos o meu **MUITO OBRIGADO...**



## ABREVIATURAS

% - Percentagem

cit. – Citado

CLASI-M - *Clinical Learning Assessement Inventory – Mentor.*

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

dp – Desvio Padrão

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. – (et alli): Significa "e outros"

ICN – *International Council of Nurses*

*m* - Mediana

*n* – Amostra

OE – Ordem dos Enfermeiros

*p* – Significância Estatística

p. – Página

Q – Questionário

*r* – Coeficiente de Correlação

SPSS – *Statistical Packaged for the Social Sciences*

$\chi^2$  – Qui-Quadrado



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	13
PARTE I – ENFERMAGEM E SUPERVISÃO DA FORMAÇÃO CLÍNICA .....	19
1. Enfermagem e Aprendizagem Clínica .....	19
1.1. <i>Caraterização dos Contextos de Saúde</i> .....	20
1.2. <i>A Clínica na Formação dos Enfermeiros</i> .....	23
1.3. <i>Da Prática à Enfermagem Baseada em Evidência</i> .....	26
1.4. <i>Perspetiva Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner</i> .....	28
2. Supervisão Do Estudante Em Contexto Clínico.....	33
2.1. <i>Estratégias de Formação em Contexto Clínico</i> .....	34
2.2. <i>A Intervenção Didática do Tutor</i> .....	37
2.3. <i>Desenvolvimento de Competências em Contexto Clínico</i> .....	40
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	45
1. Metodologia.....	45
1.1. <i>Questões Orientadoras</i> .....	46
1.2. <i>Participantes do Estudo</i> .....	46
1.3. <i>Desenho da Pesquisa</i> .....	47
1.4. <i>Instrumento de Recolha de Dados</i> .....	48
1.5. <i>Tratamento da Informação</i> .....	49
1.6. <i>Questões Éticas</i> .....	50
2. Caraterização da Formação e do Contexto Clínico .....	53
2.1. <i>Dados Sociodemográficos</i> .....	53
2.2. <i>A Aprendizagem Clínica</i> .....	54
2.3. <i>Acompanhamento Clínico: Duração e Intervenientes</i> .....	56
3. O Contexto do Acompanhamento Clínico .....	61
3.1. <i>Preparação da Aprendizagem Clínica</i> .....	61
3.2. <i>Estratégias e Focos de Atenção Supervisiva</i> .....	64
3.3. <i>Expetativas com o Processo de Supervisão</i> .....	68
3.4. <i>Satisfação com o Processo de Supervisão</i> .....	71
4. Momentos Significativos da Aprendizagem.....	85
CONCLUSÃO .....	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111

ANEXOS .....	117
ANEXO I – Questionário de Avaliação da Orientação Clínica ( <i>CLASI-M</i> ).....	119

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -Distribuição da Idade .....	53
Tabela 2 - Sexo e Estado Civil.....	54
Tabela 3 - Ano Curricular e Escola Frequentada.....	55
Tabela 4 - Realização de Estágios Anteriores e Demora Média dos Utentes .....	55
Tabela 5 - Ensino Clínico e duração Semanal da Supervisão .....	57
Tabela 6 - Duração Média do Estágio e Orientação.....	58
Tabela 7 - Conhecimento Prévio Sobre o Local de Estágio .....	62
Tabela 8 - Tipo de Acompanhamento Supervisivo Disponibilizado.....	63
Tabela 9 - Oportunidade de Expressar as Necessidades de Formação .....	64
Tabela 10 - Envolvimento nas Atividades com a Equipa.....	64
Tabela 11 - Apoio Didático e Informação Sobre Controlo de Infecções Hospitalares.....	65
Tabela 12 - Periodicidade de Informação ao Tutor e Disponibilização de Momentos de Reflexão .....	66
Tabela 13 - Disponibilidade e Atenção do Tutor.....	68
Tabela 14 - Elementos Supranumerários na Equipa, Conhecimento das Políticas e Práticas em Matéria de Qualidade e Favorecimento do Aluno no Processo de Orientação .....	69
Tabela 15 - Relação com os Enfermeiros e Colegas.....	69
Tabela 16 - Falta do Orientador na Tomada de Decisões.....	70
Tabela 17 - O Contexto de Avaliação do Estágio e a Avaliação do Estágio.....	71
Tabela 18 - Satisfação Face às Experiências de Supervisão .....	72
Tabela 19 - Cruzamento e Comparação do Acompanhamento Clínico pela Questão 32 (I) .	75
Tabela 20 - Cruzamento e Comparação do Acompanhamento Clínico pela Questão 32 (II)	77
Tabela 21 - Resultados do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico .....	82
Tabela 22 - Correlação entre a Satisfação com a Orientação e a Avaliação do Acompanhamento Clínico.....	84
Tabela 23 - Número de Questões Respondidas por Indivíduo .....	86

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Número de Respostas por Categoria e Unidades de Registo .....	88
Quadro 2 - Exemplo da Categoria Autonomia por Unidades de Registo.....	89
Quadro 3 - Exemplo da Categoria Desenvolvimento de Competências por Unidades de Registo.....	90
Quadro 4 - Exemplo da Categoria Avaliação por Unidades de Registo .....	92
Quadro 5 - Exemplo da Categoria Reconhecimento por Unidades de Registo .....	94
Quadro 6 - Exemplo da Categoria Integração na Equipa por Unidades de Registo .....	95
Quadro 7 - Exemplo da Categoria Relação com o Tutor/Equipa por Unidades de Registo...	96
Quadro 8 - Exemplo da Categoria Contacto/Relação com os Clientes por Unidades de Registo.....	97
Quadro 9 - Exemplo da Categoria Estratégias Pedagógicas por Unidades de Registo .....	99
Quadro 10 - Exemplo da Categoria Confiança por Unidades de Registo.....	100

## RESUMO

A Supervisão consiste num processo intimamente ligado à formação clínica dos enfermeiros e dos estudantes de enfermagem. No contexto formativo atual, uma parte significativa da formação académica dos estudantes de enfermagem é efetuada em contexto de ensino clínico. Neste processo pressupõe-se a cooperação de enfermeiros experientes e qualificados, que partilhem conhecimentos e interajam com o formando, de forma a construir uma base teórica e prática assente na análise reflexiva e crítica das situações vivenciadas (Pinto, 2011).

O enfermeiro tutor assume um papel de facilitador da aprendizagem e mediador da complexa contextualização da ação, devendo proporcionar ao estudante as condições ideais para atingir os objetivos propostos para cada ensino clínico (Abreu, 2007).

Sendo assim, a Supervisão Clínica em Enfermagem, bem como o conceito de *Mentorship* têm constituído pilares determinantes na promoção de cuidados de saúde de qualidade e na definição da identidade profissional dos enfermeiros.

Para melhor compreensão deste fenómeno, delineamos como objetivo principal desta investigação compreender a natureza da formação em contexto clínico, analisando o processo de acompanhamento dos estudantes pelo enfermeiro tutor.

A amostra utilizada neste estudo corresponde a um total de 119 estudantes, sendo 47 correspondentes ao estabelecimento de ensino identificado pela letra A e os restantes 72, ao estabelecimento de ensino identificado pela letra B.

Os dados referentes às duas instituições foram recolhidos no contexto de um estudo mais amplo, de âmbito nacional e coordenado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvido com o apoio de diversas Escolas Superiores de Enfermagem, subordinado ao tema: *“Formação e aprendizagem em ensino clínico: subsídios para intervenções de natureza didáctica”*.

Trata-se de um estudo de tipo exploratório, recorrendo-se a um questionário com uma vertente quantitativa e outra qualitativa.

O instrumento selecionado para a recolha de dados, *Clinical Learning Assessment Inventory - Mentor* (CLASI-M), resulta de um estudo efetuado por Abreu e Calvário em

2005, tendo por base a perspetiva ecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner. Este foi já utilizado em diversas pesquisas no nosso país e no estrangeiro.

O tratamento da informação quantitativa foi realizado com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), enquanto a parte qualitativa foi alvo de um processo de análise de conteúdo temática.

As principais conclusões do presente estudo permitem-nos afirmar, através da análise estatística, que os estudantes que constituíram a amostra se encontravam na sua grande maioria satisfeitos com o tipo de supervisão facultada. Por outro lado, referem ter sido acompanhados por docentes/tutores com características que os mesmos entendem como facilitadoras. Os participantes neste estudo enfatizaram o desenvolvimento de competências, como sendo um dos fatores mais importantes no seu processo de aprendizagem.

Da análise de conteúdo temática emergiram nove categorias, sendo elas: Autonomia; Desenvolvimento de Competências; Avaliação; Reconhecimento; Integração na Equipa; Relação com Tutor/Equipa; Contacto/Relação com os Clientes; Estratégias Pedagógicas e Confiança, elementos que os estudantes consideraram indispensáveis para o êxito da sua formação clínica.

**Palavras-Chave:** Formação Clínica; Estudantes de Enfermagem; Ensino Clínico; Tutor; Supervisão Clínica.

## ABSTRACT

Supervision is a process closely linked to the clinical training of nurses and nursing students. In the current formative context, a significant part of the academic training of nursing students is done in the clinical setting. In this process there should be the cooperation of experienced and skilled nurses who share knowledge and interact with the learner in order to build a theoretical and practical base sustained on critical and reflective analysis of the situations experienced (Pinto, 2011).

The nurse tutor assumes the role of facilitator of learning, mediating the complex context of the action, and he must provide the student the ideal conditions for achieving the objectives for each clinical training (Abreu, 2007).

Thus, the Clinical Supervision in Nursing and the concept of *Mentorship* have been essential to promote health care quality and to define the professional identity of nurses.

To better understand this phenomenon, we outlined the main objective of this research to realize the nature of training in the clinical context, analyzing the monitoring process of the nurse tutor students.

The sample used in this study corresponds to a total of 119 students, 47 corresponding to the school identified by the letter A and the remaining 72, to the educational institution identified by the letter B.

The data of the two institutions was collected in the context of a broader study, done nationally and coordinated by the School of Nursing of Porto, and developed with support from several Nursing Schools, under the theme: "*Training and learning in clinical education: grants for didactic educational interventions*".

This is an exploratory study, using a questionnaire, with a quantitative and a qualitative aspect.

The instrument selected for data collection, Clinical Learning Assessment Inventory - Mentor (CLASI-M), results from a study by Abreu and Calvário in 2005, based on the ecological perspective of human development by Urie Bronfenbrenner. This was already used in several studies in our country and abroad.

The treatment of quantitative data was performed using the computer program Statistical Package for Social Sciences (SPSS), while the qualitative part has undergone a process of thematic content analysis.

The main conclusions of this study allow us to say, through statistical analysis that students who formed the sample were mostly satisfied with the type of supervision provided. The majority of the students have been supervised by professors/tutors with characteristics understood as facilitators by them. The participants of the study emphasize that the skills development, as being one of the most important factors on their learning process.

From the thematic content analysis emerged nine categories, which were: Autonomy; Competence Development; Assessment; Recognition; Integration in the Team; Relationship with Tutor/Team; Contact/Relationship with Customers; Pedagogical Strategies and Trust, elements that students consider essential to the success of their clinical training.

**Keywords:** Clinical Training, Nursing Students, Clinical Learning, Tutor, Clinical Supervision.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos temos assistido a alterações estruturantes no que à saúde diz respeito. O paradigma da assistência ao cliente tende a centralizar-se na prevenção da doença, no seu bem-estar e na relação que este estabelece com o meio ambiente. Este conceito tornou-se mais amplo e completo, abrangendo de um modo global as necessidades dos clientes em matéria de cuidados.

A evolução tecnológica e científica desta área elementar da Humanidade, numa era de globalização, exigiu assim dos seus profissionais o desenvolvimento de competências focadas na ação em conformidade com o contexto, implicando uma mobilização, integração e transferência de saberes adquiridos em contexto de formação profissional.

Segundo Rua (2011), todos os fatores acima descritos obrigam os profissionais de saúde “ (...) a uma constante actualização dos saberes e das competências, numa atitude permanente ao longo da vida” (p.1).

Sendo os enfermeiros parte integrante do sistema de saúde, os mesmos não ficaram alheios a esta mudança de paradigma na sua área de intervenção, conferindo à formação um lugar cimeiro na sua vontade de mudança e acompanhamento dos tempos.

Desta forma, a formação dos futuros enfermeiros tem sido alvo de profundas reflexões por parte da classe, tendo a mesma reconhecido que a qualidade das suas respostas, face às crescentes exigências sociais, está dependente da aprendizagem clínica (Abreu, 2007).

A sua atual formação graduada é caracterizada pela alternância entre um período teórico, ministrado em sala de aula, seguido por outro de natureza prática em contexto clínico. Através da componente teórica do curso, pretende-se que o estudante adquira um conjunto de competências consideradas fundamentais para o desenvolvimento de uma prática estruturada e alicerçada na qualidade dos cuidados prestados (Pinto, 2011).

Num segundo período da formação, pretende-se que a nível dos ensinamentos clínicos, o estudante seja capaz de transportar para a prática todos os conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente, desenvolvendo “ (...) as competências necessárias e congruentes

*com as definidas pela Ordem dos Enfermeiros para o ingresso na profissão” (Rua, 2011, p.2).*

Na nossa investigação, esta componente prática da formação dos estudantes de enfermagem, designada por ensino clínico, assume particular relevância.

Desta forma, somos da opinião de Watson (2002) quando este defende que a progressão da enfermagem a nível científico e prático, tornou essencial o aparecimento de um novo modelo em que as atividades académicas não deverão estar dissociadas do contexto prático, o qual o autor denomina como estudante-clínico.

A formação em enfermagem experimentou desde sempre uma ligação íntima com os contextos de trabalho, dado o carácter essencialmente prático desta profissão (Fernandes, 2010). Este ambiente encontra-se sujeito a rápidas transformações, ao nível do saber e da técnica, implicando uma reflexão permanente sobre o processo de trabalho e as competências essenciais ao desempenho da profissão (Abreu, 2007).

Face a estes elementos, os enfermeiros viram-se obrigados a repensar os modelos de formação dos seus pares, incrementando a exigência no desenvolvimento de competências. O paradigma tecnicista foi assim dando lugar a uma epistemologia da prática, tendo como referência as capacidades subjacentes à qualidade dos seus atos, através do desenvolvimento do pensamento crítico (Pires *et al.*, 2004).

Neste sentido, e mais recentemente com a introdução do Processo de Bolonha, adaptado também aos cursos superiores de enfermagem, o ensino passa a focar-se no estudante e nas suas necessidades de aprendizagem, tornando-o um elemento ativo no seu processo contínuo de formação.

Segundo Alarcão e Abreu (2010), o processo de aprendizagem em contexto clínico tem constituído um alvo privilegiado da investigação em enfermagem nos últimos vinte anos, destacando o seu papel mediador na construção da identidade e desenvolvimento de competências profissionais dos futuros enfermeiros.

Carvalho (2004), afirma que os estudantes chegam às unidades de cuidados com um conjunto de saberes teóricos, necessitando das oportunidades que surgem nos estágios para os mobilizar. O mesmo autor define o ensino clínico como “ (...) *a formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante (...), integrado numa equipa e em contacto com o indivíduo, são ou doente e ou comunidade, aprende a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos.*” (Carvalho, 2004, p. 104).

É neste ambiente que o estudante faz a sua transição para o papel de prestador profissional de cuidados (Abreu, 2008), desenvolvendo a sua autonomia, identidade e

emancipação profissionais, bem como estratégias de ensino-aprendizagem promotoras de uma reflexão crítica da prática, baseada em evidências científicas que influenciem corretamente as suas decisões.

O ensino clínico constitui assim uma atividade de elevada exigência para todos os profissionais intervenientes no processo educativo. Nele, a qualidade da aprendizagem dos estudantes é central a todo o processo formativo, considerando-se 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, p.13-14).

O termo Supervisão Clínica foi obtendo ao longo dos últimos anos maior relevância no seio da enfermagem. Tal facto pode ser comprovado pelo incremento de investigação e literatura disponível nesta área do conhecimento, sendo que habitualmente este conceito se encontra ligado à orientação dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, mas também à formação em exercício dos enfermeiros. Neste sentido, a atividade de supervisão enquadra-se amplamente na formação de enfermagem, já que ela é habitualmente percebida como um processo de acompanhamento de competências clínicas, quer dos estudantes, quer dos enfermeiros.

No que diz respeito ao acompanhamento dos profissionais de enfermagem, Garrido (2005) define este processo como uma “ (...) *colaboração formal estruturada que ajuda os profissionais a desenvolver competências pessoais e profissionais, conhecimento e valores de humanidade durante o seu percurso profissional*” (p.28). Segundo o mesmo autor, este acompanhamento permite ao profissional de enfermagem desenvolver uma compreensão aprofundada do exercício da sua profissão, da responsabilidade inerente à mesma e desenvolver conhecimento a partir das práticas clínicas (Garrido, 2005).

Por outro lado, as práticas supervisivas destacam-se no acompanhamento dos estudantes em contexto clínico, sendo definidas por Alarcão e Tavares (2007), como um processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática da prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação. Esta visa o desenvolvimento de competências no supervisionado e deve promover neste, uma atitude de confiança e de responsabilidade pela qualidade do ensino (Abreu, 2007).

Neste cenário reflexivo, o papel dos supervisores (a partir de agora designados por tutores) torna-se fundamental para a compreensão das situações por parte dos estudantes,

sabendo como e quando atuar e, a sistematizar o conhecimento que emerge desta interação entre a ação e o pensamento (Alarcão e Tavares, 2007).

A formação dos futuros profissionais de enfermagem deve assumir-se cada vez mais como uma parceria entre as instituições de ensino e de saúde, no sentido de os dotar de competências alicerçadas em conhecimentos sólidos, capacidade de inovação, de trabalho em equipa, com sentido crítico e reflexivo, de forma a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados prestados.

Este facto pressupõe que uma parte significativa da formação académica seja realizada em contexto clínico, sendo necessária a colaboração dos profissionais da prática, peritos na sua área de intervenção e capazes de incutir no estudante o desenvolvimento de competências em coerência com o modelo preconizado pela escola.

Na opinião de Pinto (2011), o tutor corresponde a *“um mediador da aprendizagem do estudante, um motivador, um incentivador, um investigador, (...) um sujeito activo que atende às necessidades individuais do grupo que tem sob a sua orientação”* (p.261). O mesmo deverá ser dotado de características profissionais e pessoais, que auxiliem aos estudantes na obtenção de novos conhecimentos, competências, comportamentos e atitudes.

Alicerçando estes fatores com a nossa experiência no acompanhamento e tutoria de estudantes de enfermagem, faz sentido refletirmos acerca do processo de aprendizagem clínica, os contextos onde esta se desenrola e o perfil de características e competências do enfermeiro tutor.

Perante todos os factos até aqui descritos e, tendo como pano de fundo o processo de aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes em ensino clínico, este estudo tem como ponto de partida a questão: *Como vivenciam os estudantes o processo de supervisão e de aprendizagem em contexto clínico?*

Nesta conjuntura, várias são as razões que justificam a escolha do tema sobre o qual nos propomos realizar a nossa investigação. Desde logo, o crescente interesse pela compreensão dos fenómenos envolventes ao processo de aprendizagem em contexto clínico, bem como o emergir da temática da supervisão de estudantes na área da enfermagem, mais recentemente com a introdução do Modelo de Desenvolvimento Profissional pela Ordem dos Enfermeiros, onde os tutores desempenharão um papel primordial.

Por outro lado e não menos importante, apresenta-se a motivação de índole pessoal, intimamente relacionada com o nosso percurso profissional, através do qual nos foi possível viver experiências únicas de tutoria. Estamos desta forma seguros, que esta

investigação dará o seu contributo na ampliação do conhecimento científico na área da supervisão.

Tendo em vista dar resposta à questão de partida, traçamos como propósito principal desta investigação: *Compreender a natureza da formação em contexto clínico, analisando o processo de acompanhamento dos estudantes pelo enfermeiro tutor*. Por outro lado, definimos alguns objetivos específicos, que nos permitiram delimitar as metas a alcançar, para melhor caracterizar o problema em questão, sendo estes:

- ✓ Compreender a perceção dos estudantes acerca da importância da sua formação em contexto clínico;
- ✓ Conhecer os fatores que influenciam a aprendizagem dos estudantes em contexto clínico;
- ✓ Conhecer a representação dos estudantes sobre as competências e características desejáveis dos enfermeiros tutores;
- ✓ Identificar características, atitudes e comportamentos que os estudantes consideram ser capazes de influenciar a sua aprendizagem;
- ✓ Conhecer as dimensões da atividade clínica geradoras de situações significativas para a aprendizagem do estudante.

Para dar resposta ao presente estudo, esta dissertação enquadrada no Curso de Mestrado em Supervisão Clínica em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), encontra-se organizada em duas partes.

A primeira corresponde ao desenvolvimento do quadro teórico, suportado numa revisão da literatura atual sobre a temática em estudo, estando dividida em dois capítulos. O primeiro é dedicado à enfermagem e aprendizagem clínica, no qual se inclui uma abordagem à caracterização dos contextos de saúde, continuando com a importância da clínica na formação dos enfermeiros, bem como a utilização de uma prática baseada em evidências científicas e, por último, referindo-nos à perspetiva ecológica do desenvolvimento humano fundamentada na teoria de Urie Bronfenbrenner.

No segundo capítulo é feita uma abordagem à supervisão na formação inicial do enfermeiro, mais propriamente ao acompanhamento do ensino clínico, referindo-nos às estratégias de formação com base no *Mentorship*, passando para o papel do enfermeiro tutor como facilitador do processo de aprendizagem e culminando com a abordagem do desenvolvimento de competências.

A segunda parte deste trabalho é inteiramente dedicada à explanação do estudo empírico, sendo apresentados os métodos e procedimentos utilizados, bem como realizada

a discussão dos resultados obtidos. Neste sentido, apresentamos as opções metodológicas do estudo, bem como as questões orientadoras. Seguidamente procedeu-se à caracterização dos participantes do estudo e definiu-se o desenho da pesquisa, tendo-se optado por um estudo de tipo exploratório, com uma vertente quantitativa e outra qualitativa. O instrumento de recolha de dados e as técnicas de tratamento da informação são abordados no seguimento, terminando com uma referência aos procedimentos de natureza ética. Ainda nesta segunda parte, são apresentados e analisados os resultados obtidos através da aplicação dos questionários.

Finalizamos este estudo sintetizando e refletindo os resultados obtidos na pesquisa, fazendo-se referência a algumas limitações e dificuldades encontradas no decorrer desta investigação. Sugerimos ainda, alguns caminhos que poderão de futuro vir a ser seguidos numa perspetiva de continuação deste estudo.

## PARTE I – ENFERMAGEM E SUPERVISÃO DA FORMAÇÃO CLÍNICA

### 1. Enfermagem e Aprendizagem Clínica

Face às exigências atuais, o ensino da enfermagem tornou-se objeto natural da investigação científica dos enfermeiros, sendo que a aprendizagem em contexto clínico despertou o seu interesse, pela sua grande componente nos cursos de licenciatura.

Os contextos clínicos tiveram desde sempre uma íntima ligação com o ensino de enfermagem, uma vez que cerca de 50% da sua formação se desenvolve nas instituições de saúde que dão corpo aos campos de estágio (Ribeiro e Cunha, 2010).

A importância da formação e da aprendizagem em contexto clínico tem sido também ela evidenciada no seio da investigação em enfermagem nos últimos vinte anos, destacando-se o seu papel mediador na construção da identidade e desenvolvimento de competências dos futuros profissionais (Alarcão e Abreu, 2010).

Assim sendo, deverá ser proporcionado em ensino clínico um ambiente ideal para o desenvolvimento de aprendizagens, pois “ (...) *há competências ao nível do saber - fazer, do saber - estar e saber - ser, que só na actividade e em contexto de trabalho podem ser percebidos e desenvolvidos pelos estudantes*” (Carvalho, 2003, p.29).

O contexto clínico dá ao estudante uma oportunidade única para interligar a teoria apreendida em sala de aula com múltiplas situações que encontra na prática, possibilitando uma redefinição de conceitos, tendo por base as novas experiências incorporadas. Nesta linha, Abreu (2007) defende o ensino clínico como um momento fundamental e diferenciado na formação do estudante, tendo um impacte incalculável nas suas bases pessoais e profissionais.

A aprendizagem neste contexto, segundo Abreu (2003, p.23) “*pressupõe sempre uma actividade cognitiva, mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológico e mesmo biológico. O processo inicia-se pelo confronto com uma situação nova e redefinição dos objectivos operatórios, compreensão e motivação, orientação, integração e acção*”.

Este é um processo pessoal, que através da aquisição de saberes e a aplicação dos mesmos na prática, conduz à transformação de valores, atitudes e comportamentos.

Segundo Schön (2000), a base da aprendizagem em contexto clínico assenta na reflexão das práticas sobre os dados observados e vividos, o que conduz à construção do conhecimento na ação, segundo a metodologia de aprender a fazer fazendo.

O estudante deverá assim assumir um papel ativo e responsável pela sua formação, adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios crescentes da profissão (Simões, Alarcão e Costa, 2008).

### 1.1. Caracterização dos Contextos de Saúde

A crescente evolução científica, tecnológica e social a que se tem assistido ao longo das últimas décadas, tem exigido cada vez mais dos enfermeiros. A qualidade dos cuidados é hoje um requisito e uma vontade transversal a todos os intervenientes. Como profissão autónoma, a enfermagem busca a excelência dos cuidados e o reconhecimento social e político.

Por outro lado, a articulação entre as escolas e os serviços de saúde é uma necessidade desde sempre sentida na formação em enfermagem, mas com maior relevância na atualidade. Os estudantes chegam às unidades de cuidados com um conjunto de saberes teóricos, necessitando das oportunidades que surgem nos estágios para os mobilizar e colocar em prática (Carvalho, 2004).

De acordo com Canário (2000), *“é hoje irrecusável que os contextos de trabalho representam um elevado potencial formativo, a condição necessária para que esse potencial passe da virtualidade à realidade, isto é, para que a experiência se constitua em saber, é a de fazer do próprio exercício de trabalho, um objecto de reflexão e pesquisa, pelos que nele estão directamente implicados”* (p.45).

A formação dos futuros enfermeiros caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino nas instituições universitárias, onde a escola proporciona aulas teóricas, teórico-práticas e práticas e períodos de ensino clínico, onde em parceria com as instituições de saúde, os estudantes irão aplicar os conhecimentos até então adquiridos (Simões, Alarcão e Costa, 2008), encontrando-se legislada a necessidade de, pelo menos metade da formação

superior do enfermeiro seja realizada neste contexto (Fernandes, 2010; Macedo, 2012; Pinto, 2011).

Para Fernandes (2010), *“o ensino clínico é a ocasião para o estudante descobrir a realidade das situações de vida, surge como o complemento ao ensino em contexto de sala de aula que, independentemente de utilizar as estratégias pedagógicas mais eficazes, não consegue substituir-se ao contacto directo com a realidade que as instituições de saúde permitem pois as competências que ali desenvolve nunca poderão ser aprendidas”* (p. 22). Por esta razão, este momento privilegiado de formação é ansiado por todos os estudantes, tendo em vista o contacto com o seu futuro profissional, podendo colocar em prática toda a componente teórica apreendida anteriormente.

Sabendo da importância que o ensino clínico possui para a formação dos futuros profissionais de enfermagem, importa refletir a articulação estabelecida entre as instituições de ensino e as instituições de saúde, entidades que possibilitam a componente prática nos seus serviços.

Como já vimos anteriormente, uma parte significativa do período de formação dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) ocorre nas instituições de saúde durante os períodos de ensino clínico.

A importância atribuída pela classe à formação em contexto de trabalho decorre do facto das Escolas de Enfermagem em Portugal terem nascido dentro dos próprios hospitais (Fernandes, 2010). No entanto, apesar da existência deste vínculo, torna-se fundamental o estabelecimento de relações entre estas entidades, de forma a permitir a satisfação de todos os intervenientes.

Como sabemos, as instituições prestadoras de cuidados de saúde, centram o seu objetivo na prevenção da doença ou na pessoa em situação de doença, dependendo da sua área de intervenção, enquanto a instituição de ensino se foca na formação do estudante que tem a seu cargo (Fernandes, 2010; Pinto, 2011).

Esta dualidade de missões possibilita a ocorrência de conflitos, devendo por isso subsistir *“ (...) de ambas as partes uma atenção e motivação constantes para a negociação e o diálogo”* (Fernandes, 2010, p.22). Desta forma, deverão ser encontrados pontos de convergência e finalidades comuns, garantindo a formação de futuros profissionais competentes e capazes de prestar cuidados de saúde de qualidade (Abreu, 2007).

Sendo o hospital um dos locais privilegiados para a formação dos profissionais de saúde, nos quais se integram os enfermeiros, importa refletir a sua realidade.

Segundo Abreu (2001), *“o hospital continua a constituir-se como um espaço social fundamental, quer no que se refere à produção de cuidados quer no que concerne à formação de profissionais de saúde”* (p.59).

Enquanto organização social de grande dimensão, o hospital inclui diversas vertentes na sua atuação diária, tais como administrativa, organizativa, formativa, de investigação, social e económica, originando conflitos éticos. Estas características específicas transformam as instituições de saúde em contextos sociais únicos para a intervenção dos vários atores (Pinto, 2011).

Abreu (2007) refere que *“a pluralidade de olhares sobre o hospital evoca uma diversidade significativa de características enquanto espaço social único, o que é em si benéfico para o conhecimento sobre a organização e o sistema humano que nele existe”* (p.28).

No que toca ao ensino de enfermagem, Macedo (2009) descreve o hospital como um espaço formativo que ultrapassa os objetivos delineados para o estudante do CLE, uma vez que se verifica o desenvolvimento de saberes na ação e sobre a ação não definidos previamente, sendo que se torna um desafio à formação pelas suas complexas regras de organização e de trabalho.

Por sua vez, Fernandes (2010) refere que o hospital tem desempenhado um papel cimeiro no desenvolvimento de futuros profissionais de enfermagem, promovendo a integração de saberes e práticas quotidianas essenciais à construção do seu perfil de competências. Apesar disso, o hospital tem vindo a ser substituído por outras instituições de saúde como locais de estágio para a prática clínica (Pinto, 2011).

Desta forma, unidades de cuidados continuados, de saúde familiar e de cuidados na comunidade fazem hoje parte integrante da formação prática dos enfermeiros, acompanhando a alteração do paradigma de saúde em Portugal.

Neste campo de relação próxima com a prática, a supervisão clínica bem como os enfermeiros tutores, assumem um papel crucial no apoio ao processo de aprendizagem do estudante e integração do mesmo no contexto clínico (Pires *et al.*, 2004).

O acompanhamento do supervisionado por parte de profissionais experientes, conhecedores dos locais de estágio, capazes de estabelecer a relação entre a formação em sala de aula e a que irá ocorrer na prática clínica, torna-se assim decisivo na criação de um ambiente harmonioso, suscitador de aprendizagens significativas e promotor do processo de autonomia do estudante.

## 1.2. A Clínica na Formação dos Enfermeiros

Desde sempre os contextos de trabalho mantiveram uma relação de proximidade com a formação dos enfermeiros, considerando Carvalho (2004) que a duração atribuída ao ensino clínico evidencia a importância dos conteúdos procedimentais, principalmente os de carácter heurístico, bem como o relacionamento entre pessoas. Os próprios estudantes reconhecem esta importância, ansiando o momento em que poderão colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos previamente em sala de aula ou laboratório.

Desta forma, a formação clínica constitui-se como um espaço de extrema importância para a socialização dos enfermeiros (Abreu, 2007).

No que concerne aos estudantes, este primeiro contacto com a profissão dá início às interações e ao estabelecimento das representações que lhes permitem perceber o significado do trabalho em Enfermagem (Abreu, 2001), sendo que este processo de envolvimento com a futura profissão potencia uma articulação dos conhecimentos teóricos e práticos, que aprofundam o desenvolvimento do futuro enfermeiro (Hyrkas e Shoemaker, 2007).

Será neste contexto que o estudante se depara com uma realidade sociocultural que lhe imprime mudanças através dos processos de interação. Na relação com os outros e consigo próprio, este vai efetivando apropriações que acabam por moldar formas de ação e reação futuras (Abreu, 2007).

Alarcão (1996) considera que a formação em contexto profissional “ (...) possibilita ao formando uma visão caleidoscópica do mundo do trabalho e dos seus problemas e, permitindo uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, conduz à construção activa do conhecimento na acção segundo uma metodologia a aprender a fazer fazendo (*learning by doing*).” (p. 13). Esta ideia é complementada por Schön (2000), que entende a prática como sendo o espaço que dá lugar ao desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões constantes. O mesmo autor refere ainda que o estudante de enfermagem deve apreender os conhecimentos que lhe são transmitidos pelo docente, pelo tutor e/ou pelos pares, e por outro lado, integrar e organizar os saberes através do trabalho intelectual ou empírico.

Nesta linha de pensamento, Carvalhal (2003) aborda a importância do ensino clínico “ (...) pelos contactos que proporciona com a realidade, que permitem uma crítica reflexiva, estimulam uma reflexão pessoal e o desenvolvimento de certas competências

*essenciais para o futuro de uma profissão”* (p.15). Espera-se desde logo que este seja um espaço de excelência, onde o futuro profissional consolidará os conhecimentos adquiridos na escola, consciencializando-se das exigências da profissão, nomeadamente ao nível das competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico-reflexivas (Simões, Alarcão e Costa, 2008).

Por outro lado, Fernandes (2010) refere-nos que durante a formação clínica, o estudante para além das vivências inerentes ao seu papel formativo terá de se confrontar com um ambiente complexo, característico das unidades de saúde, integrando-se no seu meio para desenvolver aprendizagens. A mesma autora refere ainda que esta realidade comporta sentimentos duais de desafio, motivação, interesse, curiosidade e expectativa, em confronto com o medo e receio.

Apesar do ambiente complexo e desta panóplia de sentimentos, Carvalho (2004) afirma que *“as vivências de um ensino clínico provocarão sempre no aluno uma qualquer mudança. (...) O que se pretende é que esta mudança seja feita no sentido de ir ao encontro dos objectivos educacionais que são definidos pelas escolas”* (p.70).

Este pensamento é corroborado por Abreu (2003, p.61) quando refere ser *“ (...) necessário aceitar as evidências da investigação que apontam para a formação clínica como uma área de excelência para se desenvolverem competências, atitudes e personalidades”*, sendo este um período de aprendizagem integrador e mobilizador de saberes, fundamental para a construção da identidade profissional dos estudantes.

Pelas razões explicitadas anteriormente, Abreu (2003) considera existir todo um benefício em proporcionar aos supervisados uma formação em ambiente seguro, acompanhado de suporte emocional e com recurso a estratégias pedagógicas adequadas.

O ensino clínico é destacado ainda por Carvalho (2004), como um espaço privilegiado para o relacionamento entre pessoas, não envolvendo apenas docentes e estudantes, como é habitual na escola, abrangendo também os clientes dos serviços, os profissionais e todas as pessoas que de alguma forma fazem parte da vida de uma instituição de saúde.

No que se refere ao contacto do estudante com a pessoa/cliente, Fernandes (2004) salienta a importância desta relação no período de ensino clínico, construindo-se um conhecimento sustentado na reflexão e discussão, bem como na apropriação de ideias e no confronto com as teorias científicas. Por sua vez, Simões e colaboradores (2006) afirmam que *“ (...) é no confronto directo com a individualidade de cada utente, família, comunidade e contexto de trabalho que o futuro profissional se apropria de saberes e desenvolve habilidades, capacidades e competências pessoais e profissionais que os habilitam a tomar*

*decisões, resolver problemas e agir de acordo com os princípios e valores fundamentais da profissão de enfermagem” (p.4).*

Para o estudante, o ensino clínico representa assim um período de descoberta e de ensaio relativamente às verdadeiras características da profissão com que se terão de confrontar (Carvalho, 2003). Como refere Pinto (2011), ao contrário do que se passa em sala de aula, a aprendizagem nas instituições de saúde decorre num ambiente social complexo, onde convergem fatores que se prendem com o cliente, formador, enfermeiro e estudante, em determinadas realidades processuais.

Durante o período de ensino clínico, o estudante de enfermagem compreende e organiza o conhecimento, através de um trabalho físico ou intelectual, ou mesmo através da experiência (Abreu, 2007). Este processo de aprendizagem exige assim dos profissionais de saúde uma prática baseada em evidências, respeitando valores, ideologias e questões culturais próprias de cada indivíduo.

Neste seguimento, verifica-se inicialmente em contexto de ensino clínico a tendência para o indivíduo reproduzir ações mas, com o decurso da aprendizagem, o mesmo questiona-se sentindo necessidade de reformular o seu modo de pensar e agir, bem como o seu funcionamento em termos psicológicos e emocionais, processo esse que poderá ser acompanhado por alguma ansiedade (Abreu 2007).

No que concerne à dimensão clínica, verifica-se a pressão social crescente, no sentido da qualidade e excelência dos cuidados prestados. Aos novos profissionais de saúde, não são apenas exigidos saberes, competências, destreza e atitudes, pretendendo-se que estes tenham igualmente a capacidade de colaborar para o desenvolvimento da profissão no que respeita aos seus fundamentos, bem como lhes é exigido que a aprendizagem perdure ao longo da vida, sendo crucial a constante motivação para a avaliação e formulação de contributos na ciência de Enfermagem (Abreu, 2003).

Na atualidade, a formação em contexto clínico remete para processos de mudança e de construção social da profissão. Alarcão e Abreu (2010) referem-nos que ao longo dos últimos vinte anos têm vindo a ser desenvolvidas múltiplas investigações nesta área, tendo sido possível identificar um conjunto de fatores que interferem positivamente para a aprendizagem. Abreu (2007) refere-se no seu estudo aos seguintes: incentivar a autonomia e a responsabilização do estudante; promover a independência progressiva analisando o percurso de aprendizagem e o investimento do formando; realçar os objetivos da aprendizagem e objetivá-los; proporcionar um acompanhamento adequado junto de profissionais com capacidade didática; incentivar a reflexão crítica sobre experiências práticas e pessoais dos formandos; reconhecer, apoiar e divulgar “boas práticas”; alternar

entre a aprendizagem clínica e a formação teórica; facilitar a integração na equipa de saúde, bem como as relações com os clientes; desenvolver e promover preocupações em matéria de qualidade de cuidados; utilizar unidades com qualidade adequada para proporcionar boas experiências de aprendizagem aos formandos, preferencialmente com normas estabelecidas; prestar atenção e valorizar questões psicológicas (promoção da autoestima, gestão emocional de problemas, situações de transferência e contratransferência, sentimentos de insegurança, integridade psicológica, etc.) e proporcionar à equipa de saúde informação adequada acerca do nível de formação dos estudantes, possibilitando um melhor envolvimento e integração dos mesmos.

Conclui-se assim que a efetivação de um ensino clínico de qualidade, bem como a promoção de uma aprendizagem integrada e madura, constituem agentes capitais à formação de profissionais exigentes consigo próprios e capazes de intervir autonomamente, fornecendo os melhores contributos para a ciência e práticas de Enfermagem.

### *1.3. Da Prática à Enfermagem Baseada em Evidência*

Encontramo-nos na Era do conhecimento, da informação para todos, sempre em constante atualização, quer pela crescente produção científica, mas também pela facilidade de divulgação da mesma. O avanço tecnológico possibilitou o fortalecimento do acesso aos resultados das mais recentes investigações e o desenvolvimento de metodologia de pesquisa (Domenico e Ide, 2003).

Tal facto conduz a práticas em permanente desenvolvimento, face à quantidade de investigação divulgada diariamente, tornando a sua consulta uma necessidade crescente para qualquer setor da atividade humana e, muito especificamente para a saúde (Fragata e Martins, 2004).

No entanto, esta realidade acarreta consigo uma crescente dificuldade para os estudantes e profissionais de saúde, uma vez que o seu acompanhamento permanente se tornou uma prática complexa, quando o próprio não planifica e seleciona a área na qual pretende investir o seu tempo de pesquisa e atualização (Domenico e Ide, 2003).

Segundo Craig e Smyth (2004), “*baseado na evidência*” constitui um dos adjetivos mais usados em cuidados de saúde, mas por outro lado um dos menos compreendidos. Por

uma necessidade de minimizar o distanciamento entre os avanços científicos e a prática dos cuidados, surge assim a Prática Baseada na Evidência, inicialmente no campo da Medicina, pelo trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, ingressando mais tarde na Enfermagem (Galvão *et al.*, 2004).

Os enfermeiros têm sido vanguardistas ao reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática clínica, verificando-se este facto através do crescimento constante da investigação na sua área de atuação (Craig e Smith, 2004).

Atallah e Castro (1998) definem Prática Baseada na Evidência como o *“uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência actual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente”* (cit. por Domenico e Ide, 2003, p.116). Esta abordagem é suportada pelo facto dos resultados atualizados de investigação, quando usados para sustentar decisões clínicas, poderão aumentar a probabilidade dos efeitos esperados serem alcançados (Craig e Smyth, 2004).

A competência clínica do profissional e as preferências do cliente são aspetos também incorporados nesta abordagem para tomada de decisão sobre assistência em saúde (Galvão *et al.*, 2004). No que toca ao exercício dos enfermeiros, este insere-se num contexto de atuação multidisciplinar, onde se distinguem duas dimensões, a interdependente e a autónoma. No contexto de atuação autónoma, os enfermeiros têm pautado por uma aceitação do objeto de estudo da sua ciência, através do crescimento da investigação no seu seio, criando-se um campo de conhecimentos próprio (Paiva, 2007).

A Enfermagem foca-se assim, não na doença em si, mas nas respostas humanas aos problemas de saúde e aos processos de vida, bem como nas transições experienciadas pelos indivíduos, famílias e comunidades, ao longo do ciclo vital (Abreu, 2011). Martins e Fernandes (2009) completam esta ideia, afirmando que *“na procura da qualidade dos cuidados, a intervenção do enfermeiro deve ser centrada no cliente e nas suas necessidades”* (p. 79).

A própria Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006) considera a Investigação em Enfermagem um pilar fundamental no processo de desenvolvimento da qualidade e segurança dos cuidados prestados pelos profissionais, contribuindo para a produção e renovação contínuas do seu corpo próprio de conhecimentos.

A nível político, Scott e McSherry (2009) consideram que a Enfermagem baseada numa cultura de evidência tem visto o seu papel reconhecido, face ao desenvolvimento da qualidade e satisfação dos cuidados prestados pelos seus profissionais, denotando-se igualmente uma economização essencial de recursos materiais e temporais através de uma padronização e racionalização do cuidar.

Segundo Craig e Smith (2004) *“a perspectiva de enfermagem para o século XXI é que todos os enfermeiros procurem evidência e a apliquem na sua prática quotidiana, com uma proporção crescente de participação activa em investigação e desenvolvimento (...)”* (p.3-4).

Assim sendo, os estudantes de enfermagem deverão assumir o compromisso de utilizar as melhores evidências científicas no desempenho da sua prática clínica, sendo incentivados pelos tutores e docentes que os acompanham, a formular questões clínicas relevantes, claras e objetivas que permitam orientar e facilitar a pesquisa de informação. (Rua, 2011).

Contudo, a implementação da enfermagem baseada em evidências implica que o enfermeiro adquira saberes e aptidões que lhe permitam interpretar os resultados provenientes da pesquisa bibliográfica, reconhecendo a sua importância e aplicando-os na sua prática.

De acordo com a OE (2003), no decurso do processo de tomada de decisão e na implementação das intervenções, os enfermeiros devem incorporar *“os resultados da investigação na sua prática”*, sendo os seus cuidados *“baseados na evidência empírica”* constituindo-se como uma *“base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional (...)”* (p.6). A Enfermagem baseada na evidência orienta assim os estudantes e os profissionais para a prestação de cuidados mais seguros, respeitando uma sistematização coerente e universal dos mesmos.

#### *1.4. Perspetiva Ecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner*

O comportamento humano não pode ser interpretado à margem do contexto em que surge. A interação entre a pessoa e o ambiente formaliza um dos focos principais de atenção do processo de aprendizagem, sendo por essa razão importante compreendê-lo.

Rua (2011) defende que enquanto ser humano em desenvolvimento, o estudante de enfermagem se encontra numa inter-relação perseverante com o ambiente/contexto onde está inserido (ensino clínico), bem como com os diversos intervenientes, numa busca pelo progresso da sua prática profissional que ocorre num conjunto de distintos microssistemas (Rua, 2011).

Como já vimos anteriormente, o contexto clínico é referido por vários autores como um marco na construção da identidade pessoal e profissional do futuro enfermeiro, sendo importante refletir o seu desenvolvimento num ambiente de grande complexidade.

A abordagem ecológica de Bronfenbrenner explana a necessidade de analisar os fenómenos microssociais, argumentando que o meio ambiente tem uma função altamente estruturante no desenvolvimento e comportamento do estudante. Deste modo, o contexto onde o ensino decorre tem uma importância vital no desempenho escolar (Abreu, 2007).

Depreendemos daqui o interesse que esta temática pode trazer para a compreensão da aprendizagem dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, ajudando-nos a perceber de que forma o ambiente formativo poderá influenciar todo este processo.

A perspetiva ecológica de Urie Bronfenbrenner constitui-se como uma teoria recente na área do desenvolvimento humano, ajudando-nos a compreender como *“uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente”* (Bronfenbrenner, 2002, p.5).

Na sua obra podemos identificar duas fases distintas: a primeira obtém o seu auge com a publicação do trabalho designado por *Ecology of Human Development* em 1979, onde o autor concebe o ambiente ecológico em quatro níveis estruturais concêntricos (posteriormente cinco níveis); a segunda surge de uma necessidade de ampliar e aprofundar esta teoria com base em novas pesquisas e nas críticas que surgiram, sendo prestada uma maior atenção às diferentes formas de interação entre as pessoas, encarando-as não apenas em função do ambiente, mas em função do processo que é determinado pela relação entre o ambiente e as características dos indivíduos em desenvolvimento (Abreu, 2007). Salientamos nesta fase, o estudo realizado por Bronfenbrenner e Morris em 1998 que *“(…) manifesta uma visão mais holística e integrada da pessoa e da sua relação com o meio, colocando-a no centro do debate”* (Abreu, 2007, p.128).

Para Bronfenbrenner (2002), o desenvolvimento humano *“(…) envolve o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano activo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afectado pelas relações entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos”* (p.18).

De acordo com esta afirmação, o indivíduo possui o seu próprio *background*, isto é, não é apenas como um quadro em branco no qual o ambiente pincela a sua influência, mas sim uma entidade em crescimento dinâmico, que se insere no contexto que a rodeia, reestruturando-o. O processo de acomodação entre a pessoa e o ambiente é assim mútuo,

concebendo-se de forma bidirecional. Por outro lado, na afirmação de Bronfenbrenner acima transcrita, podemos constatar que o contexto relevante para os processos desenvolvimentais não se resume apenas ao ambiente imediato do indivíduo, mas sim às diferentes interconexões que estes estabelecem entre si.

Para a compreensão desta teoria, é fundamental conhecer alguns conceitos que estão cimentados na sua base.

Assim sendo, o ambiente é uma das noções abordadas por este autor, explicando-o como uma série de estruturas encaixadas uma dentro da outra, similar a um conjunto de bonecas russas “*matrioshkas*”, que sofrem influências internas e externas oriundas de meios mais amplos (Bronfenbrenner, 2002). O autor definiu-as como: microssistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e cronossistema.

O nível mais interno apresentado, denomina-se *microssistema* e faz alusão ao ambiente imediato onde o indivíduo está inserido. Este é-nos apresentado como “ (...) *um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais experimentados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas*” (Bronfenbrenner, 2002, p.18).

Bronfenbrenner pretende assim transparecer o ambiente como um espaço no qual as pessoas facilmente podem interagir “*tête-à-tête*”, em que os fatores de atividade, relação interpessoal e papel funcionam como elementos base na estrutura do *microssistema*. Desta forma, depreende-se que ação a pessoa se encontra a desenvolver no contexto específico em que está inserida (*atividade*), com quem interage no desenvolvimento da ação (*relação interpessoal*) e de que forma esta se vê a si própria e ao outro no desenrolar da ação conjunta (*papel*).

O termo “*experimentado*” constitui outro dos pilares do *microssistema*, sendo utilizado pelo autor para dar a noção de que as características relevantes do ambiente para o desenvolvimento, incluem não só as suas propriedades objetivas, mas também a forma como estas são percebidas pelos indivíduos. Isto porque, segundo Bronfenbrenner (2002), “*os aspectos do meio ambiente mais importantes na formação do curso do crescimento psicológico são, de forma esmagadora, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação*” (p.19).

É neste nível que podemos enquadrar a formação dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, observando-se o estabelecimento de relações com os seus pares, com os tutores, docentes, membros da equipa multidisciplinar e clientes/famílias, fundamentais para o desenvolvimento de competências.

O nível seguinte do ambiente ecológico descrito por Bronfenbrenner (2002) é denominado por *mesossistema*, sendo definido como um conjunto de microsistemas. Este forma-se ou amplia-se todas as vezes que a pessoa em desenvolvimento transita para um novo ambiente. Abreu (2007) refere-nos que esta transição será mais positiva quando o indivíduo se sinta apoiado e envolvido em relações significativas.

Assim, Bronfenbrenner (2002) define este nível como aquele que “ (...) inclui as inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa activamente (tais como, para uma criança, as relações em casa, na escola e com amigos da vizinhança; para um adulto, as relações na família, no trabalho e na vida social) ” (p.21).

Tal como ocorre no *microsistema*, também no *mesossistema* os blocos construtores básicos assentam nas atividades, nas estruturas interpessoais e nos papéis. A grande diferença encontra-se na natureza das interconexões estabelecidas, pois no *mesossistema* estes processos ocorrem entre as fronteiras dos ambientes.

No terceiro nível identificado por Bronfenbrenner, surge a hipótese do desenvolvimento do indivíduo ser profundamente afetado pelos eventos que ocorrem em ambientes nos quais este nem sequer está presente. O mesmo é identificado pelo autor como *exossistema* referindo-se a ele como “ (...) um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante activo, mas no qual ocorrem eventos que afectam, ou são afectados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento” (p.21).

O quarto nível descrito por Urie Bronfenbrenner, denominado *macrossistema*, “ (...) refere a consistência, na forma e conteúdo de sistemas de ordem inferior (micro-, meso- e exo-) que existem, ou poderiam existir, no nível da subcultura ou da cultura como um todo, juntamente com qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências” (p.21). Desta forma depreende-se que este integra todos os aspetos mais exteriores que interferem no desenvolvimento humano do indivíduo, tais como a cultura, a política e o meio social.

Como quinto e último nível exposto pelo autor surge o *cronossistema*. Este compreende o conjunto de mudanças e transformações ao nível da pessoa ou dos sistemas, considerando Bronfenbrenner que consiste nas transições e mudanças significativas na história de vida do indivíduo.

Esta perspetiva aplicada ao ensino clínico dos enfermeiros é caracterizada pelos vários contextos onde os estudantes põem em prática os seus conhecimentos,

desencadeando transições ecológicas que originam um processo de identificação profissional e de desenvolvimento de competências (Abreu, 2007; Rua, 2011).

Bronfenbrenner (2002) refere a existência destas transições como “*mudanças de papel ou ambiente, que ocorrem durante toda a vida*” (p.22). Estas, quase sempre envolvem mudanças de papel dos sujeitos/estudantes, o que acaba por alterar a forma como uma pessoa é tratada, a maneira como ela age, e até mesmo os seus próprios pensamentos e sentimentos.

O princípio aqui descrito é aplicável não apenas ao sujeito em desenvolvimento, mas também a outros que partilham o seu mundo. Esta ideia é corroborada por Alarcão e Sá-Chaves (2000), quando no âmbito da formação de professores falam de transições ecológicas sempre que estes participam num novo contexto, assumindo novos papéis e desempenhando novas atividades, estabelecendo contacto com outras pessoas. O mesmo se passa na formação dos futuros enfermeiros, especialmente em contexto de ensino clínico, onde o estudante contacta diretamente com o ambiente no qual desempenhará as suas futuras funções, bem como com todos os intervenientes envolvidos neste processo (profissionais de saúde, clientes, ...).

Podemos assim identificar uma das unidades básicas descritas pelo autor, a díade, constituindo esta um sistema formado por duas pessoas. A partir de dados experimentais conclui-se que quando um dos membros deste sistema passa por um processo de desenvolvimento, o outro acaba por sofrer essa influência.

Segundo Bronfenbrenner (2002), existem dois aspetos principais pelos quais a díade é importante. O autor explicita que em primeiro lugar, ela constitui um contexto crítico para o desenvolvimento e em segundo, funciona como um bloco básico do *microssistema*, sendo que permite a construção de estruturas interpessoais de maiores dimensões, fazendo ainda referência aos sistemas que abrangem estruturas mais amplas, como é o caso das tríades e tétrades.

Ao entrar em novos ambientes, o indivíduo em desenvolvimento adquire novos papéis, participando em novas atividades e padrões de inter-relacionamento. No entanto, tal nunca acontecerá se este não estiver motivado, ou não possuir uma conceção mais abrangente, diferenciada e válida do contexto ecológico.

## 2. Supervisão Do Estudante Em Contexto Clínico

O conceito de *supervisão* tem vindo a ser objeto de diversas reflexões e de múltiplas abordagens ao longo dos tempos.

As conceções ou percepções dos indivíduos inerentes ao tema são diversas e, algumas vezes, divergentes. É nesta medida que se torna importante esclarecer e aprofundar não só o conceito, mas também todas as estruturas e relações que contribuem para uma efetiva compreensão do tema.

Desta forma, pretendemos ao longo deste capítulo abordar a supervisão como uma importante base para a construção do nosso trabalho, enquadrando-a numa perspetiva evolutiva e estruturada, contextualizando-a não só, mas fundamentalmente no domínio da enfermagem.

A supervisão na área clínica tem vindo a merecer um estudo progressivamente mais aprofundado, dada a crescente constatação da sua importância (Abreu, 2007).

Intimamente relacionado com a supervisão clínica surge o conceito de supervisão pedagógica associado à formação de professores, introduzido em Portugal nos anos 80 pelas mãos de Alarcão e Tavares.

A sua aceitação no nosso país foi problemática, uma vez que lhe era atribuída a conotação de poder e de relacionamento socioprofissional, contrárias aos valores de respeito pela pessoa humana e pelas suas capacidades autoformativas (Alarcão e Tavares, 2007).

As duas personalidades supracitadas, desenvolveram a importante tarefa de divulgar e desmistificar o conceito de supervisão aplicada à formação, apresentando-a como um *“processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”* (Alarcão e Tavares, 2007, p. 16).

Já no que diz respeito à área da enfermagem, Maia e Abreu (2003 cit. por Abreu, 2007) descrevem este processo como *“ (...) dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, a protecção e segurança dos utentes e o aumento da satisfação profissional”* (p.177).

Segundo Abreu (2003), o processo de supervisão promove o acompanhamento de competências clínicas, não apenas dos estudantes na sua formação inicial, mas também do exercício dos enfermeiros em contexto profissional.

Este conceito foi entrando lentamente no vocabulário da saúde portuguesa, dando-se lugar a debates em torno das experiências de “*preceptorship*”, “*mentorship*”, qualidade de cuidados, aprendizagem pela experiência, educação informal e programas de auditoria e acreditação (Abreu, 2007).

Segundo Abreu (2003) a supervisão clínica deverá responder a um conjunto de variáveis relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional, compreendendo este processo a agregação de seis etapas: objetivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e, por último, avaliação.

A familiarização com este novo conceito permitiu o seu reconhecimento como um meio privilegiado de auxílio no processo de aprendizagem, e não apenas uma forma de poder ou controlo (Alarcão e Tavares, 2007). Somos assim da opinião que a Supervisão Clínica surge nos nossos dias numa perspetiva de orientação e de relação de partilha entre tutor e estudante, contrariando a ideia por vezes presente de inspeção e supremacia.

Desta forma, uma vez que o ensino da enfermagem está intimamente ligado com o contexto prático, assumindo a supervisão clínica pelas mãos dos enfermeiros tutores um papel crucial na integração, apoio e desenvolvimento de competências nos estudantes, procederemos de seguida à exploração das referidas temáticas.

### *2.1. Estratégias de Formação em Contexto Clínico*

O acompanhamento de estudantes em ensino clínico tornou-se atualmente um desafio para os profissionais que desempenham este papel. O ambiente complexo das instituições de saúde, seguido pela vivência de situações reais que necessitam de intervenções prontas e qualificadas, baseadas numa cultura de reflexão, exige uma resposta à altura por parte dos profissionais que abraçam a prática de tutoria.

Assim sendo, a supervisão do processo de aprendizagem dos estudantes de enfermagem em contexto clínico tem-se revelado extremamente útil, permitindo identificar e prevenir a ocorrência de situações graves no decorrer da prática profissional, *“quer por estarem presentes variáveis de ordem psicológica (que podem interferir*

*negativamente), quer porque podem estar envolvidas práticas assistenciais menos correctas que importa corrigir” (Abreu, 2007, p. 180).*

Segundo Abreu e Calvário (2005), o conceito de *Mentorship* está amplamente documentado na literatura existente, constituindo mesmo uma das estratégias mais utilizadas na supervisão de estudantes em ensino clínico.

Esta prática tem origens temporais longínquas, sendo descrito que na Grécia antiga, jovens rapazes viviam normalmente com homens mais velhos ao seu lado, podendo desta forma adquirir novos valores e saberes, que apenas alguém com experiência de vida lhes poderia proporcionar (Beskine, 2009).

Na realidade atual, Abreu (2007) aborda o conceito de *Mentorship* no contexto da formação clínica, sendo o mentor um profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando, estabelecendo com ele uma relação de proximidade, aproveitando as experiências adquiridas na prática, preparando assim enfermeiros mais qualificados e aptos a enfrentarem as mais diversas situações que possam ocorrer ao longo da sua carreira.

Segundo Pinto (2011), nos processos de formação em contexto clínico pressupõe-se a cooperação de enfermeiros experientes e qualificados, que partilhem conhecimentos e interajam com o aluno, de forma a construir uma base de saberes teóricos e práticos assentes na análise reflexiva e crítica das situações vivenciadas. A mesma autora refere que o modelo de *Mentorship* constitui um processo estruturado de colaboração entre um enfermeiro da prática clínica e o estudante em formação, no sentido de facilitar o desenvolvimento das suas competências pessoais e profissionais.

O tutor e os estudantes desenvolvem o processo de ensino-aprendizagem num contexto sociocultural em permanente mutação. As transições verificadas no cenário que serve de palco à sua intervenção pautam-se pela constante produção de nova informação científica e alterações dos conceitos de gestão e organização das unidades de saúde, fatores que promovem uma certa instabilidade (Abreu, 2003).

Como se torna evidente, o clima propício à aprendizagem deve evidenciar sentimentos de segurança, serenidade e confiança que, de acordo com as afirmações supracitadas, se colocam como desafio para os interessados, face às adversidades do contexto onde se encontram inseridos.

O papel de facilitador da aprendizagem e desmistificador da complexa contextualização da ação cabe fundamentalmente ao tutor, que deverá proporcionar ao estudante as condições ideais para atingir os objetivos propostos para cada ensino clínico (Abreu, 2007). Desta forma, o mesmo autor defende que neste contexto, a Supervisão

Clínica em Enfermagem constitui-se como pilar determinante na promoção de cuidados de qualidade prestados à população. No decorrer deste processo, “ (...) o trabalho de acompanhamento deve ser um trabalho de construção de identidade, de competências, de integridade ética e de responsabilidade” (Abreu, 2007, p. 217).

O mentor ou tutor, como mais vezes é designado, deverá ser capaz de escutar, aconselhar, fornecer uma perspetiva diferente perante uma situação crítica, partilhar as suas experiências profissionais e motivar o estudante, dando-lhe *feedback* permanente da sua prestação (Abreu, 2007).

Marques e colaboradores (2006) afirmam que “o enfermeiro tutor é o enfermeiro da prática clínica que em articulação com o docente responsável pelo estágio, orienta e acompanha os alunos e coopera com o docente no seu processo de avaliação” (p.359). Parsloe e Leedham (2009) completam esta ideia, referindo que o tutor/mentor dá apoio e suporte ao estudante, para que este possa gerir a sua própria aprendizagem maximizando o seu potencial e desenvolvendo as habilidades necessárias, tendo como objetivo o aperfeiçoamento da sua performance, tornando-se o profissional que sempre idealizou ser.

Também Rauen (1974), citada por Marques e colaboradores (2006) reconhecia já nos orientadores de ensino clínico um “*papel essencial enquanto modelo na aquisição de competências e socialização em enfermagem e alerta para que não deleguem em ninguém a sua maior responsabilidade: ser modelo eficaz*” (p.361).

Marques e colaboradores (2006) referem ainda que os estudantes fazem mais o que veem fazer do que aquilo que se diz que deve ser feito. Por essa razão, o tutor deverá estar ciente das suas responsabilidades, acompanhando de perto a evolução da construção de saberes do futuro enfermeiro.

Para Abreu (2001), é nos contextos de trabalho que se atribui significado às práticas de saúde, desenvolvendo-se competências, num ambiente que por vezes divide a racionalidade técnica da prática. O estudante adquire conhecimentos provenientes do docente, tutor ou pares, mas a experiência, o trabalho físico e intelectual contribuem igualmente para a construção da sua personalidade profissional. É neste contexto que se condicionam quer os comportamentos pessoais quer os coletivos (Abreu, 2007).

A formação clínica baseada no conceito *Mentorship* dota o estudante de um *know-how* fruto da experiência que vai adquirindo (Schön, 2000). Este processo inclui a discussão de princípios, normas e valores que caracterizam “o ser enfermeiro”.

Para proporcionar aos estudantes de enfermagem um ambiente facilitador da aprendizagem e uma supervisão centrada na pessoa, é fundamental que a comunicação entre os atores e instituições intervenientes no ensino clínico seja constante.

Para tal, e seguindo a premissa de que o ensino deve ser o impulsionador da mudança, devem ser reconhecidas as capacidades dos tutores na supervisão dos futuros profissionais de enfermagem, desenvolvendo estes em parceria com as instituições universitárias, projetos para melhoria contínua do ensino.

## 2.2. A Intervenção Didática do Tutor

Após refletirmos sobre o processo de tutoria (*Mentorship*), torna-se importante especificar a intervenção do enfermeiro tutor durante o período de ensino clínico.

Silva e Silva (2004) referem-nos que através da formação em contexto clínico, os estudantes estabelecem relações mais equitativas e próximas com os enfermeiros em exercício nos serviços de saúde, interagindo e aprendendo com eles a *“enfermagem prática”*. Pinto (2011), refere mesmo que *“aquando da prática clínica o estudante vê sempre na figura do enfermeiro o seu referencial de cuidados; para o estudante é ele o detentor do “conhecimento prático”* (p.260).

A aprendizagem em contexto clínico deverá decorrer assim sob o acompanhamento de um elemento da equipa de enfermagem, responsável por transmitir e facultar ao estudante os conhecimentos e bases necessárias ao seu desenvolvimento como futuro profissional. Esta figura destaca-se pela sua presença na *“prática clínica e, em articulação com o docente responsável pelo estágio, orienta e acompanha os alunos e coopera com o docente no seu processo de avaliação”* (Cruz et al., 2006, p.359).

Enquanto tutores, os profissionais de enfermagem comprometem-se com a formação dos futuros pares, e como tal, este processo deverá estar sustentado numa base de investimento pessoal. Como nos refere Pinto (2011), esta responsabilidade assenta principalmente no facto do tutor constituir para a maioria dos estudantes, o elemento chave no seu processo de aprendizagem.

Segundo Abreu (2007), o tutor consiste acima de tudo num profissional com experiência, geralmente mais velho, responsável pela formação do estudante. Pinto (2011) completa esta visão, referindo-se ao tutor como *“um mediador da aprendizagem do estudante, um motivador, um incentivador, um investigador, ele assume-se como um sujeito activo que atende às necessidades individuais do grupo que tem sob a sua orientação”* (p.261).

De acordo com Abreu (2007), a tutoria envolve uma relação de proximidade entre duas pessoas, sendo uma delas o enfermeiro tutor e a outra o estudante de enfermagem. No que ao primeiro diz respeito, o desempenho deste papel deve conter momentos de aconselhamento e orientação para o desenvolvimento de ideias, práticas e atitudes, no decorrer da aprendizagem do supervisionado (Martins, 2009).

Assim, de acordo com Abreu e Calvário (2005), no ensino de enfermagem o tutor deve ser um profissional que assume a responsabilidade de acompanhar, guiar e aconselhar os estudantes que se encontram em formação prática. Para que tal seja possível, é necessário que o tutor se articule com a instituição/escola que desenvolve uma diversidade de saberes organizados e inter-relacionados, num esquema curricular que se deve adaptar à rápida evolução de um mundo em transformação (Fernandes, 2010).

Por outro lado, Simões, Alarcão e Costa (2008) afirmam que o contexto de ensino clínico é aquele onde o estudante integra na prática os seus conhecimentos teóricos. Porém, é também neste período, através das inter-relações com os profissionais de enfermagem e outros, que para além de uma aprendizagem real e efetiva, este constrói a sua identidade profissional (Abreu, 2001; Abreu, 2003; Abreu, 2007; Rua, 2011).

O enfermeiro tutor deve assim, segundo Pinto (2011) permitir ao estudante imitar, rejeitar e experimentar por ele próprio as práticas, os comportamentos profissionais e os conhecimentos adquiridos, construindo de modo particular e progressivo, o seu sistema de valores, de normas e de sentido ético, em função das suas próprias características, das dos clientes, da estrutura e das conceções de cuidados de enfermagem que se encontram em vigor.

O ensino clínico torna-se assim num período crucial da formação do futuro enfermeiro, representando um desafio tanto para os estudantes como para os tutores que acompanham as suas práticas. Cruz (2011) defende mesmo que o processo de supervisão do estudante de enfermagem se revela complexo, existindo muitos interesses em jogo, sendo necessário aclarar os papéis desempenhados por cada um dos intervenientes, a fim de beneficiar o desenvolvimento dos supervisionados.

Na relação estabelecida entre o estudante e o seu tutor, o primeiro dá ao seu formador créditos de competência e de saber em relação ao seu trabalho, mas no entanto encontra-se sempre na expectativa de descobrir um profissional entusiasta pelo seu trabalho, ensinando e evidenciando a sua paixão (Fernandes, 2010).

Segundo Sá-Chaves (2000), o estudante espera do seu tutor a capacidade para o escutar e acolher, fazendo-o sentir parte integrante da equipa. Simões e Garrido (2007) completam esta ideia, afirmando que o tutor deverá demonstrar competências pessoais e

profissionais dignas da sua posição. Como capacidades pessoais, os autores referem a empatia, a autoestima positiva, a facilidade no relacionamento interpessoal, o saber ouvir, a capacidade de observação e análise e uma boa comunicação (*feedback*), enquanto as características profissionais englobam as competências técnicas, a capacidade de liderança, organização e planeamento do seu trabalho.

De acordo com um estudo realizado por Gray e Smith (2000), os estudantes consideram que um bom mentor deve ter uma preocupação genuína com os mesmos enquanto pessoas, evidenciando vontade de representar esse papel. Assim, estes referem que um bom mentor deve ser acessível, ter confiança nas suas próprias capacidades, ser um bom comunicador, profissional, organizado, entusiástico, amigável, detentor de um bom sentido de humor, carinhoso, paciente e compreensivo.

Os mesmos autores referem ainda que o acompanhamento de estudantes em ensino clínico representa uma grande exigência para todos os intervenientes. Desde logo é necessário que o tutor possua um desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal adequado como pré-requisitos, para além de ser capaz de gerir situações exigentes do ponto de vista emocional.

Segundo Abreu (2003), é necessário que exista igualmente um trabalho conjunto entre os docentes e os enfermeiros tutores. O apoio que os tutores dão ao estudante em ensino clínico deve concretizar-se num contexto de complementaridade, coresponsabilidade e proximidade, e nunca numa perspetiva de substituição, na medida em que a presença do enfermeiro ao lado do docente poderá ser promotora de uma aprendizagem de maior qualidade.

Para que a formação dos estudantes de enfermagem possa ser otimizada, o tutor e o docente devem ter conhecimento dos seus limites de ação. Abreu (2003) defende que neste processo de aprendizagem do estudante, cabe ao enfermeiro tutor: aceitar constituir-se como um modelo para o estudante, colaborando com o mesmo e com o docente em todo o processo de aprendizagem; permitir uma integração humana e cientificamente consistente dos estudantes no local de trabalho; mediar a relação entre os estudantes e os profissionais, bem como entre os estudantes e os docentes; obter informação prévia acerca do estadió da formação dos estudantes e dos seus conhecimentos; mobilizar os recursos locais no sentido de impulsionar a aprendizagem; respeitar as normas e as regras em vigor no serviço; concretizar o plano de tutoria, contribuindo assim para a execução dos objetivos operacionais; assegurar-se da pertinência e da adequação das experiências facultadas aos estudantes; proporcionar experiências e momentos consistentes de aprendizagem; estar disponível para escutar, apoiar e/ou ajudar

os estudantes; providenciar informação objetiva acerca do progresso dos supervisados, tendo em vista a sua avaliação; utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador.

Podemos assim compreender a dicotomia entre a complexidade e importância do papel que o tutor desempenha na formação do estudante de enfermagem em contexto clínico.

Um enfermeiro da prática que inicie um processo de supervisão deverá antes de mais, conhecer todos os elementos intervenientes no processo, compreendendo e acompanhando todo o desenvolvimento vivenciado pelo estudante ao longo do ensino clínico (Simões e Garrido, 2007). No decorrer da sua função, o tutor deverá ser capaz de dotar o supervisado de capacidades e atitudes práticas que promovam a excelência e a qualidade dos cuidados (Abreu, 2007).

Pensamos assim que o tutor deverá ser perito na área de desenvolvimento da sua prática e, ao mesmo tempo, possuir formação específica em supervisão para que possa auxiliar todo o processo de aprendizagem com conhecimentos reforçados. Esta ideia é corroborada por Veeramah (2012), que afirma ser fundamental a preparação académica de enfermeiros tutores, para que estes possam realizar um acompanhamento de qualidade.

Segundo Rua (2011), são os próprios tutores que reconhecem a falta de preparação para este papel como condicionante principal do desenvolvimento de uma boa supervisão clínica de estudantes. A autora defende também que *“supervisores competentes estão mais capacitados para ajudar os alunos a interligar a teoria e a prática desenvolvendo assim o sentido da profissionalidade”* (p.73).

Concluimos assim, que profissionais de enfermagem com formação adequada para exercerem tutoria de estudantes serão mais competentes no desempenho do seu papel. Estes devem respeitar a individualidade do formando, criando situações de aprendizagem e discussão da prática, trabalhando o potencial reflexivo e as capacidades de decisão do mesmo, proporcionando o desenvolvimento de futuros profissionais mais competentes.

### *2.3. Desenvolvimento de Competências em Contexto Clínico*

Como temos visto até aqui, o ensino clínico deve ser encarado como um espaço privilegiado na produção de saberes, em que o desenvolvimento contextualizado permite

aos estudantes utilizar os seus conhecimentos, chegando aos procedimentos adequados a cada situação e observando outros a agir, refletindo sobre as práticas.

Alarcão e Rua (2005), defendem que o ensino clínico preconiza um ambiente de formação interdisciplinar e contextualizado que auxilia o estudante a assimilar a cultura dos cuidados de enfermagem, a trabalhar atitudes, a integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico, bem como a desenvolver competências de índole profissional, uma vez que proporciona um contexto de aprendizagem favorável ao contacto com a prática na sua previsibilidade e imprevisibilidade.

É indiscutível a ideia de que a formação do futuro enfermeiro deve ser centrada na produção de saberes e competências, sendo que no decorrer da sua formação, o estudante vai desenvolvendo as suas características individuais, bem como conhecimentos gerais e especializados, que no futuro lhe permitirão realizar de forma autónoma um conjunto de atividades designadas por cuidados de enfermagem (Dias, 2006). Pinto (2011) defende mesmo que *“em enfermagem, toda a aprendizagem passa pelo desenvolvimento de competências”* (p.107).

O conceito de Competência está dotado de uma complexidade natural, não sendo fácil encontrar uma definição única e consensual na literatura, uma vez que o mesmo surge nos mais variados campos do saber e das profissões (Serrano, 2008).

De acordo com Alarcão e Rua (2005), o termo Competência deriva de *competens* (Latim) que significa *“o que vai com..., o que é adaptado a ...”*. As mesmas autoras abordam este conceito como *“(...) uma acção adaptada à situação”* (p.375).

Por sua vez, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN, 2010) descreve competências referindo-se à aplicação eficaz de uma combinação entre habilidade, conhecimento e julgamento evidenciado por um indivíduo no desempenho laboral, refletindo um conjunto de aptidões cognitivas, técnicas, interpessoais e atitudes.

No mesmo sentido, Serrano (2008) refere-se a este conceito como a capacidade de mobilizar os saberes previamente adquiridos, resolvendo e enfrentado problemas e imprevistos que surjam nas mais variadas situações de trabalho.

Simões, Alarcão e Costa (2008), abordam o conceito no âmbito da formação de enfermagem em contexto prático, como uma *“(...) acção (acto; actividade) resultante da mobilização reflectida e eficaz de saberes numa situação inerente ao ensino clínico”* (p. 97). Este significado conduz-nos a uma interpretação do termo que enfatiza a forma proporcionalmente justa e adequada, em que compreendemos uma determinada situação e agimos perante as necessidades identificadas.

Considera-se uma pessoa competente, aquela que julga, avalia, pondera e se decide pela solução mais eficaz, depois de examinar e discutir uma determinada situação de forma conveniente e adequada. Para ser competente é necessário dominar conhecimentos, sabendo mobilizá-los e aplicá-los de modo adequado à situação, encontrando-se este conceito intimamente ligado com a construção da identidade profissional (Rua, 2011).

Verifica-se que a capacidade de tomar decisões e a experiência estão estreitamente relacionadas na demonstração de uma competência, o que muitas vezes implica um certo grau de improvisação, orientado pela experiência (Serrano, 2008).

Desta forma, o desenvolvimento de competências em contexto clínico adquire uma importância basilar, não só pelo saber, mas essencialmente pela evolução do saber-fazer. Estas adquirem-se ao aprendermos para que serve o conhecimento, quando e como aplicá-lo (Rua, 2011). A própria OE desenvolveu um documento onde regista aquelas que considera competências mínimas para que os futuros enfermeiros possam desempenhar de forma eficiente as suas funções em qualquer área de ação da enfermagem, estando divididas em três domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados; e desenvolvimento profissional (OE, 2004).

Desta forma, Serrano (2008) considera “ (...) *as competências para o cuidar em enfermagem suportadas em saberes dos enfermeiros, no contexto de cuidados e na aprendizagem fundamentada na experiência, como fundamentais para a resposta e a obtenção de ganhos em saúde*” (p.80).

Ao estudante de enfermagem é exigida uma construção de saberes e competências ao nível das habilidades, destreza e segurança, atitudes ou conhecimentos, mas também que demonstrem a capacidade de contribuir para o aperfeiçoamento da profissão no que respeita aos seus fundamentos, com uma aprendizagem contínua, sendo inequívoco que a motivação esteja presente para a avaliação e a formulação de contributos para a ciência de Enfermagem (Abreu, 2003).

Em contexto clínico, o estudante tem como objetivo dotar-se de competências que lhe são imprescindíveis e aplicá-las para um pleno exercício da profissão enquanto futuro enfermeiro, inserindo-se progressivamente nas atividades, integrando novas rotinas e técnicas, desenvolvendo novas capacidades de comunicação, assumindo e construindo diferentes atitudes deontológicas (Alarcão e Rua, 2005).

Pinto (2011) salienta a importância dos estudantes de enfermagem fomentarem competências específicas em contexto de ensino clínico, tanto a nível pessoal como profissional. A mesma autora considera o desenvolvimento de um espírito crítico, a análise,

a destreza psicomotora, a gestão do tempo, a capacidade de formular diagnósticos, bem como uma atitude ética, como condições essenciais na garantia de segurança, autoestima e satisfação pessoal.

Cunha e colaboradores (2010), consideram que as competências de um estudante durante o ensino clínico podem ser divididas em quatro categorias: cognitivas, comunicacionais, atitudinais e técnicas, sendo que estas podem ser ainda compartidas em subcategorias.

Na categoria das competências cognitivas, podemos observar o *“domínio de conceitos e métodos específicos”*, bem como a *“capacidade de resolução de problemas”*.

No que aos conceitos e métodos específicos diz respeito, o estudante deve ser capaz de integrar os conhecimentos teóricos na prática profissional e identificar as necessidades do cliente/família/grupo. Na capacidade de resolução de problemas o indicador será a competência na tomada de decisão (Cunha *et al.*, 2010).

As competências comunicacionais dividem-se segundo Simões, Alarcão e Costa (2008) em duas subcategorias: *“desenvolver competências interpessoais e sociais”*, através da relação empática e da adaptação da linguagem e a *“aplicação do processo de enfermagem”* onde se supervisiona a colheita de dados realizada e os registos de enfermagem.

As competências classificadas como atitudinais estão relacionadas com o desenvolvimento de atitudes profissionais e a capacidade crítica demonstrada, onde serão supervisionados os seguintes pontos: abertura e disposição para o trabalho em equipa, responsabilidade pessoal e profissional, envolvimento emocional e a aceitação das dificuldades e das críticas (Cunha *et al.*, 2010).

Por último podemos descrever os indicadores da categoria das competências técnicas como o cumprimento de normas e critérios do serviço, capacidade motora de destreza e habilidades manuais, planeamento de cuidados, estabelecimento de prioridades e avaliação de atividades técnicas específicas (Simões, Alarcão e Costa, 2008).

Segundo Cunha e colaboradores (2010), a maioria dos enfermeiros tutores referem que as competências que mais valorizam nos estudantes são as *“atitudinais, seguindo-se as competências cognitivas, quando aplicadas na prestação de cuidados, as comunicacionais e, por último, as competências técnicas”*.

Para Alarcão e Rua (2005), compete ao estudante em formação em contexto clínico executar uma leitura compreensiva do ambiente que o rodeia, onde não existam compartimentos disciplinares, sendo esta forma de apreender a realidade possibilitada pelo referencial disciplinar de que dispõe e pelas relações interdisciplinares que constitui.

As mesmas autoras referem ainda que o processo de desenvolvimento profissional implica que o estudante seja capaz de avaliar as capacidades e competências que vai adquirindo, identificando os aspetos onde é mais forte e mais frágil.

Este processo de desenvolvimento do futuro enfermeiro apenas se torna possível quando se reúnem duas condições fundamentais: a predisposição e a capacidade de interrogar teorias e práticas (abertamente e construtivamente) por parte do estudante e a presença de canais de comunicação continuamente abertos.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

### 1. Metodologia

Terminado o enquadramento teórico, através do qual foi possível obter uma visão mais ampla e profunda da problemática em análise, importa agora definir o método de estudo seguido nesta investigação, dando conta das opções e decisões tomadas ao longo deste percurso.

O papel da investigação é indiscutível para o avanço da ciência. Através dela, assistimos à construção de um corpo de conhecimentos próprio, permitindo a afirmação das disciplinas como ciências (Fortin, 2003).

Por outro lado, a investigação permite estabelecer uma base científica para guiar a prática, assegurar a credibilidade da profissão, alargar o campo de conhecimentos, bem como descobrir e aumentar os saberes específicos (Fortin, 2003).

No que concerne à disciplina de Enfermagem, a investigação tornou-se crucial para a sua evolução enquanto profissão (Polit, Beck e Hungler, 2004). A sua prática sustenta-se hoje em evidências científicas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população, bem como do ensino dos enfermeiros.

No presente capítulo iremos abordar toda a fase metodológica do estudo, onde “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...) define população e escolhe os instrumentos mais apropriados para efectuar a colheita de dados” (Fortin, 2003, p.40).

Primeiramente iremos definir as questões orientadoras da investigação seguindo-se a caracterização dos participantes do estudo e o desenho de investigação. Posteriormente apresentamos o instrumento utilizado para recolha dos dados, bem como os procedimentos para tratamento e análise da informação. Por último, faremos referência aos procedimentos de natureza ética cumpridos ao longo desta investigação.

### 1.1. Questões Orientadoras

No decurso da investigação, revela-se por vezes essencial a definição de questões orientadoras do trabalho, que segundo Fortin (2003, p.101) *“decorrem directamente do objectivo e especificam os aspectos a estudar”*. Desta forma, constituem um marco relevante no desenvolvimento de um estudo, dado que surgem da operacionalização da problemática e constituem referências para o empirismo.

No decorrer deste trabalho de investigação foram surgindo diversas questões que ajudaram a definir um rumo, sendo elas:

- ✓ Quais as principais características dos contextos de aprendizagem em que se formam os estudantes?
- ✓ Qual a natureza dos processos supervisivos inerentes à formação em contexto clínico?
- ✓ Que representações possuem os estudantes sobre as intervenções dos tutores?
- ✓ Quais as dimensões da atividade clínica que os estudantes consideram mais significativas para a sua aprendizagem?
- ✓ Em que medida os estudantes se mostram satisfeitos com a supervisão facultada?

### 1.2. Participantes do Estudo

A seleção da população a estudar assume-se como um dos pontos fundamentais no processo de investigação. O investigador caracteriza a população estabelecendo critérios de seleção para o estudo, determinando a amostra e o seu tamanho.

Para Fortin (2003, p.202), a população consiste numa *“ (...) colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*. Já para Quivy e Campenhoudt (2005), *“este termo pode designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou objectos de qualquer natureza”* (p.159).

Quanto à amostra, depreende-se como um agregado de processos e procedimentos de seleção da parte (subconjunto) da população, que *“representa”* a sua totalidade (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Atendendo às características e objetivos desta investigação, escolhemos como população para o nosso estudo estudantes universitários do CLE de duas Escolas de Ensino Superior Privado, situadas no norte do país, que por questões de confidencialidade omitimos o nome.

Desta forma, identificamos como A uma escola de pequenas dimensões monodisciplinar e como B, uma escola também ela privada, mas com cursos nas mais diversas áreas científicas.

A amostra que sustenta este estudo é não probabilística, de conveniência, pois envolve a seleção, de entre toda a população, dos casos “mais” acessíveis (Polit, Beck e Hungler, 2004). Esta corresponde assim a um total de 119 estudantes, sendo 47 correspondentes ao estabelecimento de ensino identificado pela letra A e os restantes 72, ao estabelecimento de ensino identificado pela letra B.

### *1.3. Desenho da Pesquisa*

O desenho da pesquisa estabelece um plano lógico e estruturado, no qual o investigador tem como objetivo obter respostas às suas questões orientadoras.

Conhecendo os diversos modos de investigação, os autores poderão optar por aquele que melhor se adequa às características da pesquisa que pretende levar a cabo (Fortin, 2003).

Não tendo como finalidade proceder a generalizações dos resultados, mas sim compreender a situação e o contexto de uma determinada realidade, enveredamos pela realização de um estudo de tipo exploratório, recorrendo-se a um questionário com uma vertente quantitativa e outra qualitativa.

Considerou-se de tipo exploratório porque se procurou analisar uma realidade concreta, através das informações fornecidas pelos participantes, conhecendo as suas conceções e posturas face ao fenómeno em estudo. Por outro lado, esta investigação não tem hipóteses prévias para comprovar, inserindo-se assim no perfil de estudo supracitado.

Os dados referentes às duas instituições foram recolhidos no contexto de um estudo mais amplo, de âmbito nacional, desenvolvido com o apoio de diversas Escolas Superiores de Enfermagem, subordinado ao tema: “*Formação e aprendizagem em ensino clínico: subsídios para intervenções de natureza didáctica*”. O propósito central do trabalho,

coordenado pela ESEP, era o de problematizar um conjunto central de informação de natureza teórica que enquadrasse a formação e a aprendizagem em ensino clínico. Optou-se por não realizar apenas uma síntese teórica da informação mas partir de uma referência empírica, que incluiu uma reflexão a partir das respostas a um questionário preenchido por estudantes de seis Escolas Superiores de Enfermagem (informação fornecida pelo coordenador do estudo).

#### *1.4. Instrumento de Recolha de Dados*

A escolha do método de recolha de dados é determinada pela natureza do problema de investigação, devendo ir de encontro aos resultados que se pretendem obter, da forma mais clara e ajustada à realidade, sem que o próprio instrumento se possa desviar de alguma forma dos resultados pretendidos com o estudo (Fortin, 2003).

Segundo Fortin (2003), existem vários fatores a ter em conta na escolha do instrumento de recolha de dados mais apropriado a cada investigação, sendo eles: os objetivos do estudo; o nível de conhecimentos do investigador; a possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais; a fidelidade e a validade dos instrumentos de medida; e por último a eventual conceção do próprio instrumento pelo investigador.

Na presente investigação, o instrumento de recolha de dados utilizado foi o Questionário. O instrumento *Clinical Learning Assessment Inventory - Mentor* (CLASI-M), foi elaborado por Abreu e Calvário em 2005, baseando-se na perspetiva ecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner, tendo sido já utilizado em diversos estudos no nosso país e no estrangeiro. (Anexo 1)

O CLASI-M é um inquérito por questionário de autopreenchimento pelos estudantes de enfermagem, cujo objetivo é avaliar o seu acompanhamento em contexto clínico. O mesmo é constituído por quatro partes distintas, possibilitando uma recolha de dados com uma vertente quantitativa e outra qualitativa. A avaliação da consistência deste questionário foi concretizada pelos autores, através da sua aplicação em duas Escolas Superiores de Enfermagem Portuguesas, totalizando uma amostra de 126 indivíduos, com idades compreendidas entre os 20 e os 26 anos. O coeficiente de  $\alpha$  de Cronbach obtido apresentou valores compreendidos entre 0,92 e 0,69 (Abreu e Calvário, 2005).

Na Parte I, correspondente à “Caracterização dos Formandos” são apresentadas nove questões que permitem caracterizar a instituição e serviço onde decorre a formação clínica, fornecer dados sociodemográficos sobre os inquiridos e dados relativos à duração e acompanhamento dos estudantes no ensino clínico.

A Parte II denominada “O Contexto de Acompanhamento Clínico”, pretende fornecer dados sobre a preparação do ensino clínico, o acompanhamento do docente/tutor e o desempenho do estudante. A mesma é constituída por trinta e duas questões, algumas das quais com possibilidade de resposta do tipo dicotómica sim/não e outras com várias possibilidades de refutação.

A Parte III do *CLASI-M*, identificada como “Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico”, é formada por vinte e quatro questões com possibilidade de resposta utilizando uma Escala de *LiKert*. Este inventário permite que o inquirido avalie o acompanhamento do docente/tutor durante todo o ensino clínico.

Na Parte IV denominada “Momentos Significativos”, estão incluídas três questões de resposta aberta, nas quais os estudantes têm a possibilidade de relatar aprendizagens e momentos significativos, positivos e negativos, sucedidos no decorrer dos estágios.

Os dados recolhidos através das respostas à quarta e última parte do nosso questionário, permitirão pela sua componente aberta, aprofundar o alcance das conclusões extraídas na investigação.

### 1.5. Tratamento da Informação

Terminada a recolha de dados junto dos participantes do estudo, o investigador fica na posse de um volume avultado de informação a necessitar análise para melhor compreensão. Os dados obtidos através do instrumento de recolha de informação, são mesmo considerados por Bell (2002) com “ (...) pouco significado (...) até serem analisados e avaliados” (p.157).

Assim sendo, a análise dos dados implica a operacionalização dos mesmos através da sua organização e síntese, identificando tudo o que é relevante para a investigação em curso (Quivy e Campenhoudt, 2005).

No presente estudo, o tratamento da informação recolhida iniciou-se com a preparação dos dados, facilitando a sua análise. Os questionários foram codificados por

instituição de ensino, sendo posteriormente codificados e atribuído um número de ordem, aleatório, a cada um deles.

Como já referimos anteriormente, o questionário utilizado para a recolha de dados possui uma vertente de natureza quantitativa e outra qualitativa, implicando assim a adoção de duas estratégias distintas no tratamento da informação.

No que concerne à primeira, segunda e terceira parte do questionário, optamos por procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial capazes de responder aos objetivos do estudo, e adequados à natureza da amostra. Para tal, procedemos à codificação das respostas inserindo-as numa folha de cálculo dando início à construção da nossa base de dados estatísticos através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para Windows.

No tratamento dos dados recolhidos pelas respostas dadas às questões que integravam a quarta parte do questionário, optamos pela análise de conteúdo temática.

Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de apreciação dos discursos dos sujeitos, utilizando procedimentos objetivos e sistemáticos, tais como a inferência e a dedução, permitindo desta forma descrever o conteúdo das mensagens. Apesar do cariz qualitativo desta técnica de tratamento da informação, ela poderá ser utilizada de igual forma na abordagem quantitativa, sempre que o instrumento de recolha dos dados assim o exija através da existência de questões abertas.

### 1.6. Questões Éticas

Toda a investigação que inclua pessoas levanta questões de índole ética e moral que acompanham todo o percurso do estudo.

No desenvolvimento do processo de investigação, as preocupações de natureza ética constituem um elemento fundamental a ser considerado, salvaguardando-se os indivíduos participantes no estudo científico através do sigilo e anonimato.

O investigador assume um papel que assenta na responsabilidade não só pessoal, mas também profissional, necessária em estudos como o nosso, baseando-se em padrões sólidos de cariz ético e moral (Streubert e Carpenter, 2002).

Desta forma, pretende-se que na busca por novos conhecimentos, o investigador estabeleça um limite ético no que se refere ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de liberdade e dignidade enquanto ser humano (Fortin, 2003).

Tendo em conta a importância destas questões, foram cumpridos ao longo desta investigação, todos os requisitos éticos exigidos para uma pesquisa deste tipo, dedicando-se especial atenção à proteção dos direitos e liberdades dos participantes neste processo de investigação.

As instituições cooperantes com o estudo autorizaram e recolheram elas próprias os dados, tendo o cuidado de referir aos estudantes o cariz voluntário da sua participação, bem como o anonimato de toda a informação prestada.



## 2. Caracterização da Formação e do Contexto Clínico

No seguimento da aplicação dos questionários, o investigador necessita proceder à análise dos dados obtidos, pois estes não se representam significativos se não forem tratados e refletidos (Bell, 2002).

Neste capítulo, descreveremos a apresentação dos resultados referentes à caracterização dos estudantes participantes no estudo, bem como as características do próprio ensino clínico e respetiva supervisão, dados que foram obtidos através da primeira parte do questionário. Este encontra-se dividido em três pontos distintos, sendo o primeiro relativo aos dados sociodemográficos dos estudantes, o segundo às características da aprendizagem clínica, e o último às questões relacionadas com a duração e intervenientes do acompanhamento clínico.

No tratamento estatístico destes dados foram calculadas as frequências absolutas e relativas das respostas obtidas em cada questão.

### 2.1. Dados Sociodemográficos

Como referido anteriormente, a presente amostra ficou constituída por 119 estudantes do Ensino Superior da área de Enfermagem. Os inquiridos apresentam idades compreendidas entre os 21 e os 37 anos, e a média está situada nos 23 anos ( $m=23,2$ ;  $dp=2,41$ ). A mediana indica, que pelo menos 50% dos elementos apresentam idade inferior ou igual a 22 anos, sendo igualmente esta a idade mais frequentemente encontrada.

Tabela 1 - Distribuição da Idade

<b>Idade</b>	
<b>n</b>	<b>119</b>
<b>Média</b>	<b>23,2</b>
<b>Mediana</b>	<b>22,0</b>
<b>Moda</b>	<b>22</b>
<b>dp</b>	<b>2,41</b>
<b>Mínimo</b>	<b>21</b>
<b>Máximo</b>	<b>37</b>

Relativamente ao género dos participantes verifica-se que a grande maioria pertence ao sexo feminino, mais propriamente 79,8% (n=95) e o equivalente a 20,2% (n=24) são elementos do género masculino. Consta-se igualmente que a percentagem mais expressiva de inquiridos é solteira (95%; n=113), existindo somente o valor de 4,2% (n=5) que se encontra casado e um elemento é divorciado (0,8%).

Tabela 2 - Sexo e Estado Civil

		n	%
Sexo	Masculino	24	20,2%
	Feminino	95	79,8%
Estado Civil	Solteiro	113	95,0%
	Casado	5	4,2%
	Divorciado	1	,8%

Tal como no estudo de Braga (2007), Pereira (2008) e Monteiro (2009), podemos concluir que a amostra converge com a realidade sociodemográfica dos estudantes no Ensino Superior Português, nomeadamente no que à enfermagem diz respeito, sendo estes na sua maioria mulheres, solteiras e com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos. No que se refere ao estado civil, os nossos dados vão de encontro ao estudo realizado por Martins, Mauritti e Costa (2005), no qual estes afirmam que *“a formação, designadamente no ensino superior, constitui uma etapa que os portugueses, na sua grande maioria, cumprem antecipadamente à vivência de uma profissão e à constituição de um agregado familiar próprio”* (p.31).

## 2.2. A Aprendizagem Clínica

Relativamente ao ano curricular frequentado pelos inquiridos constata-se que a totalidade de elementos se encontra no 4º ano do CLE (100%; n=119), estando divididos entre dois estabelecimentos de ensino distintos, em que o equivalente a 39,5% (n=47) estuda no estabelecimento designado por Escola A, e o correspondente a 60,5% (n=72) frequenta a Escola denominada por B.

**Tabela 3 - Ano Curricular e Escola Frequentada**

		n	%
Ano Curricular	Quarto	119	100,0%
	Escola A	47	39,5%
Escola	Escola B	72	60,5%

A percentagem mais expressiva de participantes referiu que durante o curso teve oportunidade de estagiar em serviços similares (52,1%; n=62), enquanto 47,1% dos inquiridos (n=56) não estagiou anteriormente em serviços idênticos. Um elemento não respondeu a esta variável (0,8%).

**Tabela 4 - Realização de Estágios Anteriores e Demora Média dos Utentes**

		n	%
Durante o Curso teve oportunidade de estagia em serviços similares?	Sim	62	52,1%
	Não	56	47,1%
	Não respondeu	1	,8%
Número de estágios anteriores	3 - 4	1	,8%
	5 - 6	28	23,5%
	Outro	90	75,6%
Número de estágios anteriores, quando se trata de mais de 6	7 estágios	15	16,7%
	8 estágios	29	32,2%
	9 estágios	26	28,9%
	10 estágios	20	22,2%
Demora média dos utentes (internamento)	Menos de 1 semana	28	23,5%
	1 a 2 semanas	33	27,7%
	3 a 4 semanas	31	26,1%
	Mais de 1 mês	10	8,4%
	2 ou mais meses	9	7,6%
	Não respondeu	8	6,7%

Também se constata que a maior parte dos inquiridos já teve mais de 6 estágios anteriores (75,6%; n=90), enquanto o equivalente a 23,5% (n=28) teve entre 3 a 6 estágios. Somente um elemento tem 4 estágios ou menos. Dos participantes que já realizaram mais de 6 ensinos clínicos, a percentagem divide-se entre os 7 e os 10 estágios, com principal incidência nos 8 e nos 9 estágios (32,2%; n=29 e 28,9%; n=26 respetivamente).

Podemos concluir que a maioria destes estudantes (75,6%; n=90), ao frequentarem o 4º ano do curso, teve já mais de seis ensinos clínicos ao longo do seu percurso formativo.

Segundo Pinto (2011), a existência de ensinos clínicos anteriores fomenta a segurança e é facilitador para o processo de integração do estudante de enfermagem ao contexto em causa. Tal situação permite-lhes contactar com diversos docentes,

enfermeiros tutores, estilos e estratégias de supervisão, aumentando o seu leque de experiências.

Os dados referentes à demora média dos utentes (internamento), indicam-nos que na maioria, esta se situa entre 1 a 2 semanas (27,7%; n=33) e de 3 a 4 semanas (26,1%; n=31). Destaca-se também a percentagem de 23,5% (n=28) que referiu que os internamentos são inferiores a 1 semana. A demais percentagem encontra-se com a duração superior a um mês ou equivalem a respostas em falta.

Este dado vem de encontro aos valores do Instituto Nacional de Estatística, referidos no Plano Nacional de Saúde (2010), que afirmam que em 2009, o valor médio de internamento em Portugal Continental era de 8,2 dias, e especificamente na região Norte de 7,2 dias nesse mesmo ano.

### *2.3. Acompanhamento Clínico: Duração e Intervenientes*

No que respeita ao local de realização do ensino clínico, observa-se que a percentagem mais relevante efetuou o estágio nos serviços de Cirurgia e nos Cuidados Intensivos (ambas com 22,7%; n=27), seguindo-se a Medicina (19,3%; n=23) e o Centro de Saúde (17,6%; n=21). Há ainda estágios na área de Saúde Materna e Obstétrica (2,5%; n=3), o Serviço de Urgências (8,4%; n=10), a Infeciologia (5,9%; n=7) e um elemento refere ter estagiado em vários locais (0,8%).

Os hospitais hoje em dia ainda constituem uma referência na formação dos enfermeiros (Pinto, 2011). Apesar de os cuidados de saúde primários serem cada vez mais a base primordial do nosso Sistema Nacional de Saúde e uma realidade emergente no percurso formativo do estudante de enfermagem, devido à alteração de paradigma dos cuidados, os nossos dados demonstram que na sua grande maioria, os ensinamentos clínicos continuam a ser realizados em meio hospitalar, o que vai de encontro com a ideia defendida por Pinto (2011).

A duração semanal do processo de supervisão decorreu maioritariamente entre as 0 e as 5 horas (55,5%; n=66), seguido do período de 20 ou mais horas por semana (28,6%; n=34). O equivalente a 5,9% (n=7) teve entre 10 a 15 horas de supervisão por semana, e o correspondente a 1,7% (n=2) encontra-se na categoria das 5-10 horas e das 15-20 horas. Uma percentagem de 6,7% (n=8) dos estudantes não respondeu a esta questão.

Dos 34 elementos que assinalaram ter 20 ou mais horas de supervisão semanal, a percentagem mais elevada referiu que o período foi de cerca de 30 horas/semana (61,8%; n=21), enquanto 32,4% (n=11) indicou a duração de 35 horas e 5,9% (n=2) teve 40 horas de supervisão por semana.

Os nossos dados divergem dos referidos por Braga (2007) e Monteiro (2009), onde a grande maioria dos estudantes havia referido ter um acompanhamento superior a 20 horas semanais.

**Tabela 5 - Ensino Clínico e duração Semanal da Supervisão**

	n	%	
Ensino Clínico	Medicina	23	19,3%
	Cirurgia	27	22,7%
	Saúde Materna e Obstétrica	3	2,5%
	Centro de Saúde	21	17,6%
	Urgência	10	8,4%
	Cuidados Intensivos	27	22,7%
	Infecciologia	7	5,9%
	Vários	1	,8%
Duração do processo de supervisão (por semana)	0 a 5 horas	66	55,5%
	5 a 10 horas	2	1,7%
	10 a 15 horas	7	5,9%
	15 a 20 horas	2	1,7%
	20 e mais horas	34	28,6%
	Não respondeu	8	6,7%
Duração do processo de supervisão, quando mais de 20 horas (semana)	30 horas	21	61,8%
	35 horas	11	32,4%
	40 horas	2	5,9%

Relativamente à duração média do estágio, a maioria das respostas vão no sentido das 8 semanas (46,2%; n=55) e das 7 semanas (21%; n=25). É ainda relevante a percentagem de 20,2% (n=24), afirmando que em média os estágios duram 14 semanas. Estes dados explicam-se pelo facto de os nossos inquiridos se encontrarem na sua totalidade no 4º ano do CLE, sendo que os ensinamentos clínicos têm normalmente uma maior duração, incluindo os estágios de integração à vida profissional, onde é pretendido avaliar se o estudante está dotado das competências essenciais para o exercício da sua futura profissão. Por outro lado, as informações recolhidas vão ao encontro da afirmação proferida por Abreu (2003), quando este defende que uma maior permanência dos estudantes num determinado serviço contribuirá para “ (...) um trabalho mais prolongado entre os formadores e os formandos, aspecto que favorecerá a segurança, a qualidade da supervisão, a autoestima e o sentimento de pertença” (p.46)

Para a maior parte dos inquiridos, a orientação do ensino clínico é realizada em simultâneo por um docente da escola e por um tutor (61,3%; n=73), mas o correspondente a 37% (n=44) afirma que a orientação foi realizada somente por um tutor e 0,8% (n=1) assinalou a orientação exclusiva por um docente da escola.

Quanto à categoria profissional do tutor ou orientador, constata-se que a mais expressiva se refere à de enfermeiro graduado (14,3%; n=17), seguindo-se a de enfermeiro (13,4%; n=16) e, por fim, enfermeiro especialista (9,2%; n=11).

Tabela 6 - Duração Média do Estágio e Orientação

	n	%	
Duração média do estágio	3 semanas	2	1,7%
	4 semanas	5	4,2%
	6 semanas	1	,8%
	7 semanas	25	21,0%
	8 semanas	55	46,2%
	9 semanas	2	1,7%
	10 semanas	2	1,7%
	12 semanas	3	2,5%
	14 semanas	24	20,2%
A orientação do ensino clínico é efectuada por	Docente da escola	1	,8%
	Tutor	44	37,0%
	Ambos	73	61,3%
	Não respondeu	1	,8%
Categoria profissional do tutor ou orientador	Enfermeiro	16	13,4%
	Enfermeiro Graduado	17	14,3%
	Enfermeiro Especialist	11	9,2%
	Não aplicável	74	62,2%
	Não respondeu	1	,8%

Os dados aqui apresentados, vão de encontro à ideia explicitada por Fernandes (2010), quando esta afirma que, para os estudantes desenvolverem competências que ofereçam respostas às exigências atuais de cuidados, “ (...) têm que ser formados num ambiente em que ocorra uma estreita articulação entre os contextos de formação, escola e serviço de saúde, uma vez que o carácter único da pessoa e da organização são insubstituíveis” (p.4). A mesma autora completa este desígnio defendendo que o processo supervisivo está centrado na articulação de esforços entre o docente e o enfermeiro tutor, definindo em conjunto qual ou quais as melhores estratégias para auxiliar o estudante a aprender.

Por outro lado, referindo-se à categoria profissional do enfermeiro tutor, Cordeiro (2008) afirma que um enfermeiro com vontade, competência científica e técnica, mas que

não possui o tempo essencial para se dedicar ao processo superviso, apresenta-se como um orientador com défices no acompanhamento prestado ao estudante. Um tutor sem disponibilidade para acompanhar o desenvolvimento progressivo do supervisionado poderá não mobilizar todos os recursos pedagógicos cruciais para a aprendizagem.

Desta forma, os dados que indicam o acompanhamento do ensino clínico como sendo realizado maioritariamente por enfermeiros graduados e enfermeiros, em detrimento dos enfermeiros especialistas, seguem o pensamento de autores como Ribeiro e colaboradores (2010). Estes referem-se ao enfermeiro especialista como um elemento que frequentemente acumula funções na prestação de cuidados e gestão dos serviços, consumindo estas tarefas grande parte do seu tempo, o que pode descuidar a atenção necessária à formação dos estudantes de enfermagem. Assim, o enfermeiro generalista poderá, quando motivado e empenhado para a tarefa, ser uma mais-valia na aprendizagem em contexto clínico.



### **3. O Contexto do Acompanhamento Clínico**

No capítulo que se segue, procederemos à análise e discussão dos dados referentes à segunda e terceira parte do questionário, as quais pretendem realizar uma caracterização do contexto do acompanhamento clínico e efetuar a avaliação da supervisão através do inventário de avaliação da orientação clínica. A parte II do questionário, que aborda especificamente o contexto do acompanhamento clínico é constituída por 32 questões fechadas, variando entre o tipo dicotómico (sim/não) e várias opções de resposta. Já no que diz respeito à parte III foram apresentadas 24 afirmações, através das quais os estudantes tiveram a possibilidade de assinalar o seu grau de concordância com as mesmas, numa escala de “Não concordo nada” (1) a “Concordo muito” (4).

Assim, este ponto pretende apresentar os resultados relativos ao contexto do acompanhamento clínico, envolvendo a preparação para a aprendizagem, as estratégias da relação supervisiva, bem como as expectativas com o processo de supervisão. De igual forma, iremos expor os resultados relativos à satisfação com o processo de supervisão e, na parte final, serão realizadas comparações e correlações das variáveis relativas à avaliação e satisfação com a supervisão/orientação com as demais questões presentes na parte II e parte III do questionário. Nesta última parte do capítulo, optamos por apresentar os dados diferenciando as duas instituições onde os mesmos foram recolhidos, acreditando que poderão subsistir diferenças que importem refletir para compreensão da problemática em estudo.

#### *3.1. Preparação da Aprendizagem Clínica*

Neste subcapítulo serão apresentadas duas tabelas, em que a primeira aborda o grau de conhecimento que os estudantes possuíam sobre o local de estágio, bem como o papel que era esperado deles; na segunda consta o tipo de acompanhamento realizado aos inquiridos.

Assim, verifica-se que a maioria dos estudantes considera que as informações facultadas durante a preparação para o estágio foram suficientes (89,1%; n=106) e somente

10,9% (n=13) acha que as informações cedidas foram insuficientes. Do mesmo modo, a maior percentagem de elementos considera que no início do estágio ficou bem definido o seu papel e a sua responsabilidade durante a permanência no serviço (95,8%; n=114), mas a maior parte dos estudantes assume que antes de iniciar o ensino clínico possuía pouco conhecimento sobre o local de estágio (76,5%; n=91) e, apenas 20,2% (n=24) afirma ter muito conhecimento sobre o serviço.

Na questão se a instituição onde realizou o estágio desenvolveu uma ação específica para a receção dos estudantes, a maioria respondeu afirmativamente (61,3%; n=73), mas o valor de 37,8% (n=45) não foi alvo de qualquer ação. Porém, no que respeita ao desenvolvimento de ações específicas para a integração dos estudantes por parte dos serviços, as respostas afirmativas são mais baixas e encontram-se na ordem dos 56,3% (n=67).

**Tabela 7 - Conhecimento Prévio Sobre o Local de Estágio**

		n	%
Na Escola, durante a preparação do estágio, as informações facultadas sobre o mesmo foram:	Suficientes	106	89,1%
	Insuficientes	13	10,9%
No início do estágio, ficou bem definido o papel e a responsabilidade do aluno durante a sua permanência no serviço / unidade de cuidados?	Sim	114	95,8%
	Não	4	3,4%
	Não respondeu	1	,8%
Antes de iniciar o estágio, que tipo de conhecimento possuía do serviço / unidade de cuidados?	Muito	24	20,2%
	Pouco	91	76,5%
	Nenhum	4	3,4%
A instituição onde realizou o estágio desenvolveu uma ação específica para a receção dos alunos?	Sim	73	61,3%
	Não	45	37,8%
	Não respondeu	1	,8%
O serviço onde realizou o estágio desenvolveu uma ação específica para a integração dos alunos?	Sim	67	56,3%
	Não	51	42,9%
	Não respondeu	1	,8%

Para Steves (2005) o tutor deve iniciar o processo supervisivo, ainda antes da chegada do estudante ao ensino clínico, planeando as estratégias que irá pôr em prática desde o primeiro dia. O acompanhamento clínico deve assim iniciar-se no momento em que o estudante chega ao estágio pela primeira vez, devendo o tutor ter tomado as providências necessárias para o acolhimento do mesmo. A partir do momento em que o estudante e o respetivo tutor são apresentados, inicia-se a relação supervisiva, tal como afirmam Gray e Smith (2000). Podemos assim concluir, que o início do ensino clínico se torna crucial para o desenrolar do restante processo de aprendizagem, sendo que segundo

Braga (2007) é neste momento que ocorrem as situações indutoras de maior stresse para o estudante.

Relativamente ao tipo de acompanhamento disponibilizado pelo docente/orientador de estágio, verifica-se que as respostas estão distribuídas entre a presença permanente (26,9%; n=32), a presença esporádica com períodos de trabalho conjunto (31,1%; n=37) e a percentagem mais saliente afirma que o acompanhamento foi apenas esporádico (42%; n=50).

Por sua vez, a maioria dos participantes refere que o serviço disponibilizou um mentor/tutor ao longo do estágio (69,7%; n=83), enquanto 14,1% (n=18) refere que foi orientado por mais do que um tutor e 11,8% (n=14) afirma ter orientação mista, ou seja, pelo tutor e pela equipe. Observa-se ainda na tabela seguinte, que a maioria dos estudantes que obtiveram acompanhamento por parte de um mentor/tutor foram apresentados ao elemento no início do estágio (93,3%; n=111).

**Tabela 8 - Tipo de Acompanhamento Supervisivo Disponibilizado**

		n	%
Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo docente orientador do estágio?	Presença permanente	32	26,9%
	Esporádica, mas com períodos de trabalho conjunto	37	31,1%
	Esporádica	50	42,0%
Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço onde realiza/ou o estágio?	Disponibilizou um mentor/tutor	83	69,7%
	Fui orientado por + do que 1 tutor	18	15,1%
	Fui orientado pela equipe	4	3,4%
	Misto (tutor e equipe)	14	11,8%
Se foi acompanhado por um elemento específico (mentor, tutor), foi-lhe apresentado no início do estágio?	Sim	111	93,3%
	Não	8	6,7%

Os dados obtidos através desta tabela, enquadram-se no modelo de orientação das práticas, designado por Abreu (2003) como integrativo. Este consiste na presença de uma interação entre um modelo de formação clínica, efetuado por um ou mais profissionais do serviço em conjunto com um docente.

A formação do estudante de enfermagem em contexto clínico deve assim estabelecer uma parceria entre os enfermeiros tutores e os docentes, sendo que estes últimos se encarregam de fazer a ponte entre o contexto clínico e o teórico. Abreu (2003) aponta vantagens na utilização deste modelo, afirmando que incrementa a qualidade do processo supervisivo através de *“uma maior interactividade entre a teoria e a prática, entre*

os professores e os enfermeiros das unidades de cuidados e entre a teoria e a investigação e a clínica” (p.56-57).

### 3.2. Estratégias e Focos de Atenção Supervisiva

Em relação às estratégias e pontos de atenção da supervisão, é possível observar que a maioria dos estudantes sentiu que sempre teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação aquando do início do estágio (67,2%; n=80), enquanto 31,9% (n=38) dos inquiridos sentiu que por vezes podia expressar-se.

Do mesmo modo, no que diz respeito à oportunidade de expressão das necessidades de formação ao longo do estágio, 66,4% dos estudantes (n=79) referiu que a mesma esteve sempre presente e, o equivalente a 32,8% (n=39) sentiu por vezes a oportunidade de se expressar. De referir que nas duas questões apresentadas, apenas um inquirido afirmou nunca ter tido oportunidade de exprimir as suas necessidades em matéria de formação, quer no início, quer durante o ensino clínico (0,8%).

**Tabela 9 - Oportunidade de Expressar as Necessidades de Formação**

		n	%
Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, no início do estágio?	Sempre	80	67,2%
	Por vezes	38	31,9%
	Nunca	1	,8%
Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, durante o estágio?	Sempre	79	66,4%
	Por vezes	39	32,8%
	Nunca	1	,8%

Na questão se ao longo do estágio os estudantes foram envolvidos em atividades com a equipa de saúde, a maioria respondeu positivamente (88,2%; n=105) e somente 11,8% (n=14) dos inquiridos referem não se terem sentido envolvidos nas atividades conjuntas.

**Tabela 10 - Envolvimento nas Atividades com a Equipa**

		n	%
Durante o estágio foi envolvido em actividades com a equipa de saúde?	Sim	105	88,2%
	Não	14	11,8%

Do mesmo modo, a maioria dos estudantes considera que teve oportunidade de aceder a recursos didáticos para aprofundar os seus estudos, algo que foi confirmado por 97,5% dos inquiridos (n=116).

Quanto à questão se os participantes foram orientados para a realização de um diário de aprendizagem, portefólio reflexivo ou outro instrumento similar as respostas estão mais divididas, pois 55,5% (n=66) dos estudantes respondeu afirmativamente e o equivalente a 44,5% (n=53) diz que não foi orientado neste sentido.

O mesmo é verificado em relação ao fornecimento prévio de informação sobre a política organizacional de controlo de infeção hospitalar, em que 55,5% (n=66) dos inquiridos afirma ter acesso à informação referida e 44,5% (n=53) refere não ter tido essa oportunidade.

**Tabela 11 - Apoio Didático e Informação Sobre Controlo de Infeções Hospitalares**

		n	%
Teve possibilidade de aceder a recursos didáticos para aprofundar os seus estudos?	Sim	116	97,5%
	Não	3	2,5%
Foi orientado para a realização de um diário de aprendizagem, portefólio reflexivo ou outro instrumento similar?	Sim	66	55,5%
	Não	53	44,5%
Foi facultada, antes do estágio, informação sobre a política organizacional em matéria de controlo da infeção hospitalar?	Sim	66	55,5%
	Não	53	44,5%

Passando para a informação fornecida ao docente/tutor sobre a forma como prosseguiam os objetivos, verifica-se que a maioria dos estudantes (68,9%; n=82) considera ter sempre tomado esta atitude, ao invés dos 37 inquiridos (31,1%) que afirmam nem sempre o ter feito. Também se constata que, na sua maioria, os estudantes atentam ao facto do docente/tutor os auxiliar na formulação de diagnósticos de enfermagem (87,4%; n=104).

A percentagem mais expressiva de estudantes considera igualmente, que as sessões específicas e individualizadas de supervisão das experiências clínicas foram em número suficiente (68,9%; n=82), enquanto para 22,7% (n=27) dos inquiridos não foram suficientes e para 8,4% (n=10) as sessões foram mesmo inexistentes.

Também se observa que para 76,5% dos inquiridos (n=91), durante o estágio apenas foram consagradas ocasionalmente sessões específicas para discussão de aspetos relativos às experiências clínicas e desenvolvimento global do estágio, sendo que a frequência mais regular das sessões foi indicada por apenas 8,4% (n=10).

Relativamente à disponibilização de momentos específicos para a reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica, o valor de 61,3% (n=73) afirma que as sessões

foram suficientes, enquanto para 16% (n=19) foram insuficientes e para 21,8% (n=26) as sessões foram inexistentes.

**Tabela 12 - Periodicidade de Informação ao Tutor e Disponibilização de Momentos de Reflexão**

		n	%
Informei o docente/tutor sobre a forma como prosseguia os objectivos?	Sempre	82	68,9%
	Por vezes	37	31,1%
O docente/tutor ajudou-me a formular os diagnósticos de enfermagem?	Sim	104	87,4%
	Não	15	12,6%
Durante o estágio foram disponibilizadas sessões específicas e individualizadas de supervisão das suas experiências clínicas?	Em número suficiente	82	68,9%
	Em número insuficiente	27	22,7%
	Não foram disponibilizadas	10	8,4%
Durante o estágio foram consagradas sessões específicas para discussão de aspectos relativos às experiências clínicas e desenvolvimento global do estágio?	Não	10	8,4%
	Diariamente	10	8,4%
	Ocasionalmente	91	76,5%
	Semanalmente, no serviço	7	5,9%
Durante o estágio foram disponibilizados momentos específicos para reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica?	Não respondeu	1	,8%
	Em número suficiente	73	61,3%
	Em número insuficiente	19	16,0%
	Não foram disponibilizadas	26	21,8%
	Não respondeu	1	,8%

Um dos fatores que mais contribui para o estabelecimento da relação supervisiva é a existência do diálogo. Alarcão e Tavares (2007) corroboram esta afirmação pois, segundo eles, *“para que o processo de supervisão se desenrole nas melhores condições é necessário criar um clima favorável, uma atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre o supervisor e o professor”* (p.61). A relação supervisiva fundamentada nestes pressupostos trará benefícios para o estudante, criando um clima propício à colocação de questões e/ou dúvidas.

Os autores supracitados consideram ainda que a relação supervisiva terá de se caracterizar por uma *“relação interpessoal, dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”* (Alarcão e Tavares, 2007, p.71).

Para tal, estudante e enfermeiro tutor devem num esforço conjunto, encontrar os meios e processos formativos (estratégias de supervisão) que melhor se adequem às suas necessidades. Os dados obtidos através da nossa investigação vão ao encontro destas premissas, uma vez que na sua grande maioria, os estudantes tiveram oportunidade de expressar as suas necessidades e preocupações, tal como referiram à vontade para

questionar o tutor e solicitar a sua ajuda. Estes factos refletem as evidências apresentadas em estudos semelhantes ao nosso, como é o caso de Pereira (2008) e Monteiro (2009).

Por outro lado, o papel do tutor não reside apenas, segundo Pereira (2008), na transmissão de informação, mas também na identificação dos recursos que permitam aos estudantes explorar novas realidades, adquirindo experiências clínicas relevantes, com base nas últimas tecnologias. O enfermeiro tutor deve assim, em colaboração com o docente responsável pelo estágio, levar a cabo as atitudes necessárias para integrar o estudante no contexto clínico, uma vez que este “ (...) *é um espaço importante de socialização dos enfermeiros*” (Abreu, 2007, p.81).

Os estudantes necessitam assim de uma figura que os oriente nas práticas, mas que ao mesmo tempo os auxilie a elaborar e atingir os objetivos no decorrer do ensino clínico, estabelecendo metas exequíveis e colaborando paralelamente no seu crescimento pessoal e profissional (Pereira, 2008).

No que diz respeito à postura reflexiva, Belo (2003) refere no seu estudo que esta deve servir de fio condutor às ações, devendo ser inculcada desde o início da formação do estudante. Nesse sentido, a autoanálise, a autorreflexão e uma atitude proativa na aprendizagem, são aspetos que deverão ser valorizados pelos tutores, podendo traduzir-se na realização de um diário de aprendizagem, que promova uma introspeção permanente. Neste sentido, Abreu (2003) defende que “*os tutores devem ser preparados para a utilização de estratégias que facultem a análise dos trajectos de formação e da implicação pessoal e colectiva, tais como portfólios reflexivos, os diários de aprendizagem e a investigação-acção*” (p.63).

Quanto à questão referente à partilha de informação sobre a política de controlo de infeção, pensamos que o resultado está dependente das estratégias de acolhimento ao estudante de cada instituição onde decorrem os diversos ensinamentos clínicos, não esquecendo que é também dever das escolas alertarem os estudantes para estas especificidades da prática clínica.

A formação dos enfermeiros é sustentada na prática do cuidar, e portando deverá basear-se em valores morais (Pinto, 2011). Neste sentido, o futuro profissional de enfermagem deverá desenvolver o seu juízo moral, sendo esta uma condição essencial na formação inicial dos enfermeiros. Através da visão crítica e reflexiva da sua prática, o estudante deverá adquirir, sob orientação do tutor, uma forma de agir e pensar de acordo com os pressupostos éticos que regem a sua profissão.

Sendo assim, concluímos que a supervisão dos estudantes deve ser cuidadosamente ponderada no planeamento dos ensinamentos clínicos, pois o seu êxito vai

dependem em grande medida, das estratégias utilizadas que devem ser pensadas e adaptadas a cada estudante e respetivo contexto de estágio. O estudante deverá assim, ser também responsável pelo seu processo formativo (Pereira, 2008).

### 3.3. Expetativas com o Processo de Supervisão

Passando para o ponto das expetativas dos estudantes relativamente ao acompanhamento/orientação durante o estágio, quando os mesmos foram questionados para o facto do professor responsável pelo ensino clínico estar disponível para o apoiar, quando a sua ajuda foi solicitada, a maior parte dos inquiridos afirma que essa recetividade sempre existiu (90,8%; n=108), e a percentagem mais expressiva respondeu afirmativamente quando questionados se o docente/tutor proporcionou supervisão durante todo o estágio (89,9%; n=107).

Do mesmo modo, a grande maioria dos inquiridos considera que ao longo do ensino clínico sentiu abertura à colocação de dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda (93,3%; n=111), e a percentagem mais saliente considera que o docente/tutor teve sempre em conta os problemas pessoais dos estagiários (73,1%; n=87).

**Tabela 13 - Disponibilidade e Atenção do Tutor**

		n	%
O professor (responsável pelo ensino clínico) esteve disponível para o apoiar, quando por si solicitado?	Sempre	108	90,8%
	Nem sempre	8	6,7%
	Nunca	1	,8%
	Não respondeu	2	1,7%
O docente/tutor proporcionou-me supervisão durante todo o estágio?	Sim	107	89,9%
	Não	11	9,2%
	Não respondeu	1	,8%
Durante o estágio sentiu-se à vontade para colocar dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda?	Sim	111	93,3%
	Não	7	5,9%
	Não respondeu	1	,8%
O docente/tutor teve em conta os seus problemas pessoais?	Sempre	87	73,1%
	Por vezes	17	14,3%
	Nunca	13	10,9%
	Não respondeu	2	1,7%

Por outro lado, constata-se que o correspondente a 71,4% (n=85) dos inquiridos esteve ao serviço como elemento supranumerário à equipa habitual, mas 28,6% (n=34) refere ter sentido que ao longo do estágio substituiu enfermeiros.

Através da tabela seguinte, é ainda possível verificar que a maioria dos inquiridos refere ter tido oportunidade de conhecer as práticas do serviço em matéria de qualidade (87,4%; n=104), e quando questionados se o papel de estudante favoreceu o processo de orientação, o valor de 68,1% (n=81) respondeu “sempre”, enquanto o equivalente a 27,7% (n=33) assinalaram “Por vezes”.

**Tabela 14 - Elementos Supranumerários na Equipa, Conhecimento das Políticas e Práticas em Matéria de Qualidade e Favorecimento do Aluno no Processo de Orientação**

		n	%
Esteve no serviço como elemento supranumerário (para além da equipa habitual)?	Sim	85	71,4%
	Não, senti que substitui enfermeiros	34	28,6%
Teve oportunidade de conhecer as políticas e práticas do serviço em matéria de qualidade?	Sim	104	87,4%
	Não	14	11,8%
	Não respondeu	1	,8%
A sua qualidade de aluno(a) da Escola favoreceu o processo de orientação?	Sempre	81	68,1%
	Por vezes	33	27,7%
	Nunca	3	2,5%
	Não respondeu	2	1,7%

Perante a questão se a relação com os enfermeiros do serviço favoreceu a sua aprendizagem, a maioria dos participantes respondeu “sempre” (81,5%; n=97), mas o valor de 17,6% (n=21) considera que esta foi favorecida apenas por vezes. Do mesmo modo, a maioria (79%; n=94) também considera que a relação com o grupo de colegas sempre apoiou a sua aprendizagem e 19,3% (n=23) assinalou “Por vezes”.

**Tabela 15 - Relação com os Enfermeiros e Colegas**

		n	%
A relação com os enfermeiros do serviço favoreceu a sua aprendizagem?	Sempre	97	81,5%
	Por vezes	21	17,6%
	Nunca	1	,8%
A relação com o grupo de colegas favoreceu a sua aprendizagem?	Sempre	94	79,0%
	Por vezes	23	19,3%
	Nunca	2	1,7%

Para os estudantes existem aspetos importantes apontados no decorrer do ensino clínico, tais como a sua relação com o tutor, colegas e equipa de enfermagem (Pinto, 2011). A simpatia dos profissionais e a ligação que estabelecem com os estudantes é basilar, pois através desta torna-se possível ultrapassar algumas adversidades que surgem ao longo do ensino clínico. A relação emerge assim, como uma das questões centrais da supervisão, sendo para alguns autores um dos fatores determinantes em toda esta experiência (Alarcão e Tavares, 2007; Pereira, 2008; Monteiro, 2009).

A relação com todos os intervenientes do processo de aprendizagem é referida como fundamental no processo de integração na equipa, de socialização, de aquisição de conhecimentos e formação da identidade. Os estudantes realçaram neste estudo as interações estabelecidas com os enfermeiros, bem como salientaram a relação entre o grupo de colegas como essencial para a sua aprendizagem, apoiando-se mutuamente, nomeadamente nas situações consideradas mais críticas. Por outro lado, destacam o papel cooperante do tutor para o sucesso da sua aprendizagem.

Estes factos podem ser comprovados igualmente, através das narrativas dos inquiridos na quarta parte do questionário, onde estes destacam a *“excelente relação que tive com as tutoras do estágio, bem como com toda a equipa multidisciplinar”* (Q81), sendo que *“o tutor e a equipa respeitaram-me e apoiaram-me em tudo”* (Q34). Os estudantes referem ainda o apoio prestado pelo enfermeiro tutor, como momento significativo para a sua aprendizagem: *“quando o tutor me ajudou a resolver um problema pessoal que afectava a minha prestação em estágio senti-me apoiada”* (Q63); *“o tutor apoiou-me sempre no esclarecimento de dúvidas”* (Q29).

Observa-se igualmente que a percentagem mais elevada de estudantes refere que nunca sentiu a falta do docente/tutor na tomada de decisões (51,3%; n=61), o valor de 45,4% (n=54) refere que por vezes sentiu falta do orientador quando teve de tomar decisões e somente 3,4% (n=4) assinala que sempre sentiu a ausência do docente.

Estes resultados parecem indiciar que a generalidade dos estudantes conseguiu desenvolver um assinalável nível de autonomia.

**Tabela 16 - Falta do Orientador na Tomada de Decisões**

	n	%
Sentiu falta do docente/tutor quando teve de tomar decisões?	Sempre	4 3,4%
	Por vezes	54 45,4%
	Nunca	61 51,3%

O correspondente a 54,6% (n=65) dos inquiridos afirma que sempre lhe foram indicadas, no final do estágio e em contexto de formação, as áreas deficitárias em matéria de formação e 36,1% (n=43) assinalou “Por vezes”. Também é considerado pela maioria dos estudantes, que o responsável pelo acompanhamento do ensino clínico estava preparado para o momento de avaliação (95,8%; n=114).

Tabela 17 - O Contexto de Avaliação do Estágio e a Avaliação do Estágio

		n	%
No final do estágio, no contexto da avaliação, foram-lhe indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação?	Sempre	65	54,6%
	Por vezes	43	36,1%
	Nunca	11	9,2%
O responsável pelo acompanhamento do ensino clínico estava preparado para o momento de avaliação?	Sim	114	95,8%
	Não	4	3,4%
	Não respondeu	1	,8%

Estes dados são igualmente evidenciados através das respostas fornecidas pelos estudantes nas questões abertas, quando estes afirmam terem o “*apoio incondicional dos enfermeiros em técnicas nas quais sentia mais dificuldade*” (Q99), bem como “*o tutor esteve sempre presente quando necessitei dele*” (Q65).

No que à avaliação diz respeito, os estudantes referem que “*em todo o processo de avaliação (intermédia e final) e durante todo o estágio o tutor deu feedback da minha evolução*” (Q79), sendo que pelas unidades de registo positivas relativas à categoria Avaliação, conjuntamente com a percentagem supracitada, podemos concluir que os inquiridos consideram que os tutores na sua grande maioria, se encontravam preparados para o momento avaliativo.

### 3.4. Satisfação com o Processo de Supervisão

É importante mencionar que em termos globais, a maior percentagem de estudantes refere que a orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada Boa (77,3%; n=92), enquanto o equivalente a 21,9% (n=26) avalia a sua orientação como sendo Suficiente e apenas um elemento afirma que a orientação disponibilizada foi Insuficiente (0,8%).

Tabela 18 - Satisfação Face às Experiências de Supervisão

		n	%
Em termos globais, a orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada:	Boa	92	77,3%
	Suficiente	26	21,9%
	Insuficiente	1	,8%

Na mesma linha situam-se os resultados da questão 24 da parte III do questionário, na qual a grande maioria dos inquiridos das duas escolas estudadas considerou ter ficado satisfeita com a supervisão disponibilizada pelo docente/tutor.

Assim sendo, e com o intuito de aprofundar os resultados, realizou-se o cruzamento e comparação entre a questão 32 da parte II do questionário, considerada a mais pertinente (avaliação da orientação disponibilizada), com as questões 1 a 31 da mesma parte do questionário.

Para o efeito da comparação de resultados recorreu-se ao teste de independência do Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ), por se mostrar indicado à comparação entre variáveis qualitativas. Este teste tem subjacentes a hipótese nula (que menciona que as variáveis são independentes, ou seja, a diferença observada não é significativa) e a hipótese alternativa (que afirma que as variáveis são dependentes, isto é, os resultados são estatisticamente significativos). Rejeita-se a hipótese nula e assume-se a dependência das variáveis/diferença significativa dos resultados sempre que o nível de significância for igual ou inferior a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ). Os dados apresentados estarão divididos de acordo com as instituições de ensino abordadas, uma vez que pretendemos, por uma questão de curiosidade, conhecer as diferenças que poderão subsistir entre os mesmos, sendo no entanto estas comparações realizadas dentro de cada escola individualmente.

Assim, **relativamente à Escola A** verifica-se que na questão 1, que aborda a suficiência das informações cedidas sobre o estágio, não existe uma relação estatisticamente significativa com a avaliação da orientação ( $p=0,583$ ), pelo que a mesma não está relacionada com a quantidade de informação cedida. O mesmo se verifica relativamente às questões 2, 3 e 4 ( $p > 0,05$ ), pelo que se pode concluir que a avaliação da qualidade da orientação não apresenta uma relação estatisticamente significativa com a existência da definição do papel e da responsabilidade durante a permanência no estágio, nem com o tipo de conhecimento que o estudante possuía acerca do serviço/unidade de cuidados e da realização de uma ação específica para a receção dos estudantes.

Por outro lado, constata-se que existe uma relação entre a qualidade da orientação disponibilizada e a questão 5, que afirma “*O Serviço onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a integração do aluno*” ( $p=0,008$ ), verificando-se que os estudantes detentores de um momento inicial e formal de integração no estágio atribuem maior qualidade à orientação (68,8%;  $n=22$  comparativamente aos 26,7%;  $n=4$  que avaliam a orientação como suficiente).

Estes dados vão de encontro ao pensamento de Abreu (2003, p.53), quando este afirma que o tutor deve “*facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho*”, para além de ser um mediador da relação entre os estudantes e os profissionais.

Do mesmo modo, pode assumir-se a existência de dependência da qualidade da orientação disponibilizada com as questões 9, 10 e 16 ( $p=0,014$ ;  $p=0,050$  e  $p=0,050$  respetivamente), sendo que pelos resultados é possível concluir que a orientação é avaliada mais positivamente pelos estudantes que referem sempre terem tido oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, quer no início do estágio (65,6%;  $n=21$ ), quer durante o estágio (62,5%;  $n=20$ ). A qualidade da orientação é igualmente considerada mais positiva pelos estudantes cujo docente/tutor ajudou na formulação dos diagnósticos de enfermagem.

O tutor assume um papel ativo como mediador da aprendizagem do estudante, pois atende às necessidades individuais de cada elemento que tem sob a sua orientação (Pinto, 2011). Este deverá ser dinâmico e sensível às necessidades dos estudantes, tendo uma intervenção única e exclusiva nas oportunidades de formação e aprendizagem dos mesmos.

A existência de *feedback* por parte do tutor é referida pelos estudantes como fundamental no desenvolvimento de competências no decorrer do ensino clínico, pois de acordo com Ramos (2003) “*o acompanhamento dos estudantes pelos preceptores em todos os momentos, tirando dúvidas, chamando a atenção, dando feedback e reforços positivos foi mencionado como favorecedor da aprendizagem, na medida em que ajudou o estudante a mobilizar os seus conhecimentos e a aplicá-los na prática, ao mesmo tempo que o ajudou a reflectir (...)*” (p.8).

Constata-se ainda, que não existe relação estatisticamente significativa entre a qualidade da orientação e as questões 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14 e 15, pelo que o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo orientador e pelo serviço, bem como o envolvimento nas atividades da equipa e o acesso aos recursos didáticos e informação sobre a política organizacional, não parecem ter grande destaque na qualidade do estágio.

**Relativamente à Escola B**, verifica-se que as maiores relações e diferenças estatísticas surgem nas questões 1, 2, 4, 7 e 11 (que assumem níveis de significância inferiores a 0,05), podendo-se afirmar que a qualidade da avaliação da orientação recebida é considerada mais relevante, por parte dos estudantes que tiveram informações suficientes relativas ao estágio durante a preparação do mesmo (93,3%; n=56), dos que consideram que o seu papel ficou bem definido (93,3%; n=56), e daqueles cuja instituição desenvolveu uma ação específica para a receção dos estudantes (71,7%; n=41). É ainda de mencionar que a orientação é mais positiva por parte dos estudantes a quem foi disponibilizado um mentor/tutor no serviço onde estagiou (76,7%; n=46) e, pelos estagiários que foram envolvidos nas atividades da equipa de saúde (90%; n=54).

Nas demais questões presentes na tabela seguinte não se verificaram relações significativas ( $p > 0,05$ ), o que nos permite afirmar que os conhecimentos anteriores ao estágio sobre o serviço; o desenvolvimento de ação de integração; o tipo de acompanhamento prestado pelo tutor; as necessidades de formação antes e durante o estágio; o acesso a recursos didáticos; a orientação para a realização de um diário de aprendizagem; e a ajuda na formulação dos diagnósticos não comprovam nesta amostra, uma relação estatisticamente significativa com a avaliação realizada sobre a orientação disponibilizada.

**Tabela 19 - Cruzamento e Comparação do Acompanhamento Clínico pela Questão 32 (I)**

		A orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada:									
		Escola A					Escola B				
		Boa		Suficiente		X2	Boa		Suficiente		X2
		n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Questão 1	Suficientes	30	93,8%	13	86,7%	,583	56	93,3%	6	54,5%	<b>,002</b>
	Insuficientes	2	6,3%	2	13,3%		4	6,7%	5	45,5%	
Questão 2	Sim	30	93,8%	15	100,0%	,459	59	98,3%	9	81,8%	<b>,021</b>
	Não	2	6,3%						2	18,2%	
Questão 3	Muito	3	9,4%	1	6,7%		19	31,7%	1	9,1%	
	Pouco	28	87,5%	12	80,0%	,402	40	66,7%	10	90,9%	,544
	Nenhum	1	3,1%	2	13,3%		1	1,7%			
Questão 4	Sim	19	59,4%	4	26,7%	<b>,037</b>	43	71,7%	7	63,6%	<b>,029</b>
	Não	13	40,6%	11	73,3%		17	28,3%	4	36,4%	
Questão 5	Sim	22	68,8%	4	26,7%	<b>,008</b>	35	58,3%	6	54,5%	,792
	Não	10	31,3%	11	73,3%		24	40,0%	5	45,5%	
Questão 6	Presença permanente	6	18,8%	2	13,3%		22	36,7%	1	9,1%	
	Esporádica, com períodos de trabalho conjunto	10	31,3%	6	40,0%	,807	15	25,0%	6	54,5%	,139
	Esporádica	16	50,0%	7	46,7%		23	38,3%	4	36,4%	
Questão 7	Disponibilizou um mentor/tutor	24	75,0%	9	60,0%		46	76,7%	3	27,3%	
	Fui orientado por + do que 1 tutor	2	6,3%	1	6,7%	,512	10	16,7%	5	45,5%	<b>,016</b>
	Fui orientado pela equipe	1	3,1%				2	3,3%	1	9,1%	
	Misto (tutor e equipe)	5	15,6%	5	33,3%		2	3,3%	2	18,2%	
Questão 8	Sim	31	96,9%	14	93,3%	,541	55	91,7%	10	90,9%	,952
	Não	1	3,1%	1	6,7%		5	8,3%	1	9,1%	
Questão 9	Sempre	21	65,6%	4	26,7%		48	80,0%	6	54,5%	
	Por vezes	11	34,4%	11	73,3%	<b>,014</b>	11	18,3%	5	45,5%	,359
	Nunca						1	1,7%			
Questão 10	Sempre	20	62,5%	5	33,3%		46	76,7%	7	63,6%	
	Por vezes	12	37,5%	10	66,7%	<b>,050</b>	13	21,7%	4	36,4%	,812
	Nunca						1	1,7%			
Questão 11	Sim	30	93,8%	13	86,7%	,381	54	90,0%	7	63,6%	<b>,050</b>
	Não	2	6,3%	2	13,3%		6	10,0%	4	36,4%	
Questão 12	Sim	31	96,9%	14	93,3%	,541	60	100,0%	10	90,9%	,147
	Não	1	3,1%	1	6,7%				1	9,1%	
Questão 13	Sim	16	50,0%	6	40,0%	,373	35	58,3%	8	72,7%	,483
	Não	16	50,0%	9	60,0%		25	41,7%	3	27,3%	
Questão 14	Sim	17	53,1%	6	40,0%	,300	36	60,0%	6	54,5%	,671
	Não	15	46,9%	9	60,0%		24	40,0%	5	45,5%	
Questão 15	Sempre	21	65,6%	6	40,0%	,090	46	76,7%	8	72,7%	,821
	Por vezes	11	34,4%	9	60,0%		14	23,3%	3	27,3%	
Questão 16	Sim	29	90,6%	10	66,7%	<b>,050</b>	56	93,3%	8	72,7%	,100
	Não	3	9,4%	5	33,3%		4	6,7%	3	27,3%	

Prosseguindo com a apresentação das questões, e **no que concerne à Escola A**, outros aspetos que surtem efeito na avaliação da qualidade da orientação disponibilizada são o número de sessões específicas e individualizadas de supervisão das experiências clínicas ( $p=0,022$ ); os momentos de reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica ( $p=0,047$ ); o facto de a supervisão ser realizada durante todo o estágio ( $p=0,009$ ); o facto de o estudante se sentir à vontade para colocar dúvidas e solicitar esclarecimentos ( $p=0,028$ ); e ser favorecido no processo de orientação por ser aluno da escola que frequenta ( $p=0,048$ ).

Assim, concordamos com Pereira (2008) quando este refere que o tutor no decorrer das sessões de reflexão deverá, juntamente com o estudante, analisar os vários comportamentos observados de forma a construírem os alicerces para uma boa conduta profissional. O objetivo primordial será edificar a identidade e os valores que regem a sua profissão (Abreu, 2007).

Por outro lado, e de acordo com Pinto (2011), os estudantes consideram significativo o domínio da prática profissional, ética e legal, manifestando preocupação com questões que muitas vezes os levam a reconhecer os seus limites. No mesmo estudo, a generalidade dos estudantes considera de extrema relevância a existência de uma disciplina de ética, pois apesar de não os preparar para as diversas situações com que se deparam em contexto clínico, fornece-lhes os fundamentos essenciais que sustentam a sua tomada de decisão.

Por sua vez, **na Escola B** existem ainda vários fatores que se encontram relacionados com a qualidade da orientação, mais concretamente a questão 17 ( $p=0,008$ , em que quanto mais frequentemente são disponibilizadas sessões específicas e individualizadas de orientação das experiências clínicas, maior é a qualidade da orientação); a questão 19 ( $p=0,020$ , em que quanto mais momentos de reflexão sobre ética e deontologia, maior a qualidade da orientação); a questão 20 ( $p=0,010$ , em que a qualidade é maior por parte dos elementos que afirmam ter mais frequentemente apoio e disponibilidade por parte do professor); a questão 21 ( $p=0,002$ , em que os estudantes que tiveram supervisão durante o estágio inteiro atribuem maior qualidade à supervisão); a questão 22 ( $p=0,001$ , em que os estudantes que afirmam ter à vontade para colocar dúvidas e solicitar esclarecimentos são os que melhor avaliam a orientação); a questão 23 ( $p=0,002$ , em que os estudantes que referem que o tutor teve sempre em conta os seus problemas pessoais, são os que referem que a orientação foi boa); bem como a questão 24 ( $p=0,008$ , em que o estágio foi melhor avaliado por parte dos estudantes que consideram estar no serviço como elemento supranumerário).

Destaca-se ainda a relação da avaliação da orientação com as questões número 27 ( $p=0,002$ ), número 28 ( $p=0,000$ ), questão 29 ( $p=0,004$ ), questão 30 ( $p=0,007$ ) e questão 31 ( $p=0,001$ ). As percentagens sugerem que a orientação do estágio é avaliada com mais qualidade por parte dos estudantes que referem ter uma boa relação com os enfermeiros e grupos de colegas, que sentiram menos falta do orientador na tomada de decisões, a quem foram indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação no final do estágio, e por quem referiu que o responsável pelo acompanhamento do ensino clínico estava preparado para o momento de avaliação.

De uma forma geral constatou-se que a avaliação da qualidade da orientação tem influência de vários fatores em ambas as escolas, já que os resultados foram estatisticamente significativos em vários cruzamentos realizados.

Por outro lado, ao compararmos os dados que emergem das duas instituições de ensino onde foram aplicados os questionários, podemos denotar algumas diferenças no que toca à opinião dos estudantes em relação aos fatores que influenciam a qualidade da orientação disponibilizada. Pensamos ser importante no futuro existirem investigações que possam descobrir as origens destas nuances.

**Tabela 20 - Cruzamento e Comparação do Acompanhamento Clínico pela Questão 32 (II)**

		A orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada:									
		Escola A					Escola B				
		Boa		Suficiente		X2	Boa		Suficiente		X2
		n	%	n	%	p	n	%	n	%	p
Questão 17	Em número suficiente	22	68,8%	5	33,3%		50	83,3%	5	45,5%	
	Em número insuficiente	8	25,0%	7	46,7%	<b>,022</b>	6	10,0%	5	45,5%	<b>,008</b>
	Não foram disponibilizadas	2	6,3%	3	20,0%		4	6,7%	1	9,1%	
	Não	2	6,3%	1	6,7%		6	10,0%	1	9,1%	
Questão 18	Ocasionalmente	27	84,4%	14	93,3%	,472	41	68,3%	9	81,8%	,385
	Semanalmente, no serviço	3	9,4%				3	5,0%	1	9,1%	
	Diariamente						9	15,0%			
Questão 19	Em número suficiente	15	46,9%	4	26,7%		48	80,0%	6	54,5%	
	Em número insuficiente	5	15,6%	7	46,7%	<b>,047</b>	5	8,3%	1	9,1%	<b>,020</b>
	Não foram disponibilizadas	12	37,5%	4	26,7%		6	10,0%	4	36,4%	
Questão 20	Sempre	31	96,9%	14	93,3%		56	93,3%	7	63,6%	
	Nem sempre	1	3,1%	1	6,7%	,541	3	5,0%	3	27,3%	<b>,010</b>
	Nunca										
Questão 21	Sim	31	96,9%	10	66,7%	<b>,009</b>	57	95,0%	9	81,8%	<b>,002</b>
	Não	1	3,1%	5	33,3%		2	3,3%	2	18,2%	
Questão 22	Sim	32	100,0%	12	80,0%	<b>,028</b>	59	98,3%	8	72,7%	<b>,001</b>
	Não			3	20,0%				3	27,3%	
Questão 23	Sempre	23	71,9%	6	40,0%		52	86,7%	6	54,5%	
	Por vezes	5	15,6%	5	33,3%	,111	4	6,7%	3	27,3%	<b>,002</b>
	Nunca	4	12,5%	4	26,7%		3	5,0%	1	9,1%	
Questão 24	Sim	19	59,4%	12	80,0%	,144	49	81,7%	5	45,5%	<b>,008</b>
	Não, senti que substituí enfermeiros	13	40,6%	3	20,0%		11	18,3%	6	54,5%	
Questão 25	Sim	27	84,4%	11	73,3%	,302	56	93,3%	9	81,8%	,602
	Não	5	15,6%	4	26,7%		3	5,0%	2	18,2%	
Questão 26	Sempre	25	78,1%	7	46,7%		43	71,7%	6	54,5%	
	Por vezes	6	18,8%	8	53,3%	<b>,048</b>	14	23,3%	4	36,4%	,418
	Nunca	1	3,1%				1	1,7%	1	9,1%	
Questão 27	Sempre	29	90,6%	11	73,3%		52	86,7%	5	45,5%	
	Por vezes	3	9,4%	4	26,7%	,134	8	13,3%	5	45,5%	<b>,002</b>
	Nunca								1	9,1%	
Questão 28	Sempre	27	84,4%	14	93,3%		47	78,3%	6	54,5%	
	Por vezes	5	15,6%	1	6,7%	,366	12	20,0%	5	45,5%	<b>,000</b>
	Nunca						1	1,7%			
Questão 29	Por vezes	15	46,9%	9	60,0%		20	33,3%	10	90,9%	
	Nunca	17	53,1%	6	40,0%	,300	37	61,7%			<b>,004</b>
	Sempre						3	5,0%	1	9,1%	
Questão 30	Sempre	17	53,1%	6	40,0%		39	65,0%	3	27,3%	
	Por vezes	11	34,4%	8	53,3%	,451	16	26,7%	8	72,7%	<b>,007</b>
	Nunca	4	12,5%	1	6,7%		5	8,3%			
Questão 31	Sim	32	100,0%	14	93,3%	,319	60	100%	8	72,7%	<b>,001</b>
	Não			1	6,7%				2	18,2%	

Passando para a parte III do *CLASI-M*, correspondente ao inventário da avaliação do acompanhamento clínico, é de referir que foram apresentadas 24 afirmações aos estudantes nas quais assinalaram o grau de concordância com as mesmas, numa escala de “Não concordo nada” (1) a “Concordo muito” (4). Voltamos aqui a analisar a totalidade dos 119 inquiridos como um todo, de forma a obtermos dados relevantes. Deste modo, quanto maior for a média obtida nas alegações, maior é o seu grau de concordância com as mesmas.

Assim, verifica-se que em geral os inquiridos concordam bastante relativamente à oportunidade que tiveram de discutir com o docente/tutor os seus objetivos para o estágio ( $m=3,35$ ;  $dp=0,809$ ) e que os objetivos negociados com o orientador eram pertinentes e exequíveis ( $m=3,45$ ;  $dp=0,722$ ). Da mesma forma, os estudantes concordam bastante que os objetivos negociados com o orientador eram mensuráveis ( $m=3,02$ ;  $dp=0,802$ ) e que tiveram a oportunidade de reformular os objetivos traçados ( $m=3,15$ ;  $dp=0,860$ ).

De acordo com Martins (2009) o tutor deve acompanhar o estudante desde o início até ao final do ensino clínico, estabelecendo objetivos, encorajando o estudante a identificá-los, e assegurando que estes são relevantes para a sua experiência e aquisição de competências.

Verifica-se ainda que na generalidade, os inquiridos concordam pouco com a afirmação “O docente/tutor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber qual a minha opinião sobre o assunto” ( $m=1,63$ ;  $dp=0,769$ ) e não concordam nada que as atividades propostas fossem irrealistas, face ao seu estágio de aprendizagem ( $m=1,29$ ;  $dp=0,602$ ).

Os participantes tendem a concordar bastante que tiveram oportunidade de discutir com o docente/tutor as atividades a desenvolver e o estilo de acompanhamento facultado ( $m=3,34$ ;  $dp=0,741$  e  $m=3,13$ ;  $dp=0,935$  respetivamente).

No contexto clínico, a aprendizagem é uma experiência única para cada estudante, potenciando o seu desenvolvimento pessoal e profissional de uma forma específica e individualizada (Pereira, 2008). Cada um deverá recorrer a mecanismos próprios para integrar a informação recebida e saber aplicá-la posteriormente nos diversos contextos em que se encontre.

Em relação à existência de um tutor, é preferencial que este tenha uma ligação estreita com a instituição escolar, pois será facilitadora de uma perspetiva mais consistente e fundamentada da prestação de cuidados, quer pela existência de uma filosofia escolar subjacente, quer pela ligação estreita entre a teoria e a prática (Pinto, 2011). Mas tal nem sempre é possível, existindo tutores sem relação com a instituição escolar, selecionados

pelo local de ensino clínico, pelo que é necessário estabelecer o tipo de supervisão, a qualificação dos tutores, entre outros aspetos essenciais à qualidade da aprendizagem fornecida.

O tutor não deverá ser apenas um elo de experiências agradáveis para o estudante no contexto clínico. Este deve ser perito na sua área de prestação de cuidados, bem como estar disponível para facultar formação na prática clínica, compreendendo o percurso educativo global do estudante. Daqui ressaltamos a importância dos tutores realizarem formação específica na área da Supervisão Clínica em Enfermagem, para que possam assumir tal papel de forma exemplar.

Na afirmação *“Conseguir compreender as orientações disponibilizadas pelo docente/tutor”*, a média refere que os estudantes tendem a concordar bastante com a mesma ( $m=3,43$ ;  $dp=0,671$ ), tal como concordam que o orientador envolveu a equipa no seu acompanhamento ( $m=3,36$ ;  $dp=0,810$ ) e, que na ausência do orientador, a equipa estava a par da sua situação de aprendizagem ( $m=3,23$ ;  $dp=0,897$ ).

Para Abreu (2003) o docente deve apoiar os tutores, mantendo uma relação pedagógica com estudantes e servindo de mediador da aprendizagem. É importante a existência de reuniões conjuntas, com o objetivo de avaliar os progressos na aprendizagem. O docente é um recurso valioso para a díade tutor/estudante. Por outro lado, os nossos dados vão ao encontro do estudo de Fernandes (2010), que nos refere ser importante que o tutor desenvolva ações com vista à integração do estudante no serviço e particularmente na equipa de enfermagem, fazendo com que este se sinta parte integrante do grupo. Este facto evidencia-se igualmente através do discurso dos inquiridos, quando estes afirmam que *“o tutor e a equipa de enfermagem respeitaram-me e apoiaram-me em tudo”* (Q34).

A tendência dos participantes é para discordar bastante, no que diz respeito a só terem conhecimento da opinião do orientador sobre a sua aprendizagem no final do estágio ( $m=1,57$ ;  $dp=0,829$ ), e os mesmos concordam bastante com o facto do docente/tutor equilibrar as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas ( $m=3,24$ ;  $dp=0,767$ ). Os inquiridos concordam bastante que as apreciações disponibilizadas pelo orientador estavam focalizadas na sua experiência concreta ( $m=3,13$ ;  $dp=0,632$ ), e consideram ter existido oportunidade para discutir com o tutor as orientações teóricas e filosóficas da assistência ( $m=3,03$ ;  $dp=0,828$ ).

Na perspetiva do estudante, o apoio prestado pelos tutores torna-se imprescindível no seu processo de aprendizagem em contexto clínico, facto que acompanha os dados descritos por Almeida (2004), quando este afirma que o tutor/supervisor *“(…) é aquele que os apoia emocionalmente, que os orienta individualmente oferecendo-lhes feedback após*

*uma actividade; aquele que motiva o estudante, que acredita na sua capacidade, auxiliando-o a desenvolver as suas potencialidades; realiza críticas construtivas e procura a própria capacitação e evidencia uma postura democrática e de acolhimento ao estudante”* (p. 6).

O *feedback* prestado pelo enfermeiro tutor acerca do desempenho do estudante pode ajudar este último no desenvolvimento de competências essenciais para a prática clínica, bem como estabelecer metas para redução do stresse (Braga, 2007). Estes dados estão também presentes nas afirmações dos inquiridos, quando estes dizem que *“o feedback dado pelo tutor foi constante em todo o estágio”* (Q44).

Por outro lado, constata-se que o enfermeiro tutor não se encerra no facto de ser um profissional da área da enfermagem, sendo que é encarado como um *“enfermeiro com valor acrescentado”*, possuindo conhecimentos inerentes à sua profissão, como também o domínio dos conteúdos programáticos, possuindo um leque de outras competências que permitam mediar a aprendizagem dos estudantes (Paiva, 2008).

Estes dados vão de encontro aos apresentados por Monteiro (2009), quando este defende que o docente deverá ajudar o estudante a ultrapassar os diversos obstáculos, tornando-o mais autónomo e seguro, com vista a identificar-se com a profissão e a descobrir a sua própria identidade profissional. As apreciações feitas no decorrer dos contextos clínicos visam assim, orientar o estudante em todo o processo com vista ao seu crescimento e desenvolvimento de competências.

Na afirmação que refere *“O docente/tutor ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com a equipe e com os doentes”* os estudantes demonstram concordância ( $m=3,38$ ;  $dp=0,736$ ), tal como concordam que se sentiram descontraídos nas sessões de supervisão que tiveram com os orientadores ( $m=3,23$ ;  $dp=0,818$ ) e que contaram com a ajuda do docente/tutor na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico ( $m=3,45$ ;  $dp=0,722$ ).

Os nossos dados vão de encontro aos de Fernandes (2010), quando esta afirma que *“sempre que há ajuda por parte do supervisor a análise e reflexão na prática clínica é facilitada e percebida como um processo promotor do modo como aprenderam”* (p.232). Por outro lado, os próprios inquiridos referem nas suas narrativas que *“o tutor ajudou-me a estabelecer uma relação com a equipa de enfermagem, proporcionando mais e melhor aprendizagem”* (Q37).

Desta forma, para que se estabeleça uma relação segura entre os estudantes e os intervenientes no contexto clínico *“é necessário criar um clima favorável, uma atmosfera*

*afectivo-relacional e cultural positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária (...)*” (Alarcão e Tavares, 2007, p.61).

É ainda possível observar a existência de concordância quando se referem à questão *“Senti que os meus tempos de aprendizagem foram respeitados pelo docente/tutor”* (m=3,39; dp=0,716), discordando por outro lado que a presença do docente/tutor lhes causou alguma inibição durante a prestação de cuidados (m=1,66; dp=0,868).

Este facto verifica-se igualmente no estudo de Barroso (2009). Para esta autora os estudantes têm tendência a sentirem-se menos ameaçados e a atribuírem menor significado à presença dos supervisores na medida em que, com o aumento da idade e no decorrer dos processos desenvolvimentais, estes adquirem maior familiaridade com os contextos académicos, assim como com os tutores e restantes pares.

De uma forma geral os estudantes consideram e concordam muito que o docente/tutor foi para eles um exemplo de um “bom profissional” e que o orientador se preocupou em criar um ambiente de aprendizagem (m=3,55; dp=0,660 e m=3,50; dp=0,735 respetivamente). Por fim, constata-se que os estudantes apresentam alguma discordância com o facto de ter existido uma relação de proximidade entre o tutor e a Escola, pois embora a média esteja aproximada do valor “3”, fica aquém da categoria da concordância (m=2,80; dp=0,809).

O bom relacionamento entre o enfermeiro tutor e o estudante facilita a existência de sentimentos de pertença e aceitação, contribuindo para a construção de um ambiente favorável à aprendizagem, tal como afirma Monteiro no seu estudo em 2009.

Para Simões (2004) é da competência da entidade escolar definir o perfil do enfermeiro tutor em complementaridade com a instituição hospitalar, com vista a eleger o que melhor corresponde aos critérios pretendidos. Só desta forma será possível proporcionar um ambiente facilitador da aprendizagem e verdadeiramente centrado nas necessidades do estudante. Os estudantes abordam esta temática nos seus discursos referindo que existiu *“preocupação do enfermeiro chefe em encontrar o tutor que se adaptasse à nossa maneira de ser”* (Q11).

Por outro lado, em relação à discordância com o facto de ter existido uma relação de proximidade entre o tutor e a escola, pensamos que este dado deveria ser diferente, uma vez que *“a colaboração entre instituições de ensino e as de prestação de cuidados é um processo estruturante da formação dos enfermeiros”* (Abreu, 2003, p.50). No entanto, os nossos dados corroboram a ideia apresentada pelo mesmo autor, quando este afirma que apesar de ser reconhecida a importância desta relação, ela é ainda pouco consistente.

É ainda importante referir que os inquiridos ficaram bastante satisfeitos com a supervisão disponibilizada pelo docente/tutor, pois a maioria concordou muito com a afirmação e a média confirma este facto ( $m=3,46$ ;  $dp=0,734$ ). Estes dados vão ao encontro de estudos semelhantes ao nosso, como é o caso de Braga (2007), Pereira (2008) e Monteiro (2009), cujas conclusões se assemelham às aqui apresentadas.

**Tabela 21 - Resultados do Inventário de Avaliação do Acompanhamento Clínico**

	Média	Moda	dp	Mín.	Máx.
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor os meus objectivos para o estágio	3,35	4	,809	1	4
Os objectivos negociados entre mim e o docente/tutor eram pertinentes e exequíveis	3,45	4	,722	1	4
Os objectivos negociados entre mim e o docente/tutor eram mensuráveis	3,02	3	,802	1	4
Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados	3,15	3	,860	1	4
O docente/tutor indicou-me as actividades a desenvolver sem saber qual a minha opinião sobre o assunto	1,63	1	,769	1	4
As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estadió de aprendizagem	1,29	1	,602	1	4
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor as actividades a desenvolver	3,34	4	,741	1	4
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor o estilo de acompanhamento facultado	3,13	4	,935	1	4
Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo docente/tutor	3,43	4	,671	2	4
O docente/tutor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno(s)	3,36	4	,810	1	4
Na ausência do docente/tutor, senti que a equipa estava à par da minha situação de aprendizagem	3,23	4	,897	1	4
Só tive conhecimento da opinião do docente/tutor sobre a minha aprendizagem no final do estágio	1,57	1	,829	1	4
O docente/tutor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	3,24	3	,767	1	4
As apreciações disponibilizadas pelo docente/tutor estavam focalizadas na minha experiência concreta	3,13	3	,632	1	4
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor as orientações teóricas e filosóficas da assistência	3,03	3	,828	1	4
O docente/tutor ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com a equipa e com os doentes	3,38	4	,736	1	4
Senti-me descontraído nas sessões de supervisão disponibilizadas pelo docente/tutor	3,23	4	,818	1	4
Contei com a ajuda do docente/tutor na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico	3,45	4	,722	1	4
Senti que os meus "tempos" de aprendizagem foram respeitados pelo docente/tutor	3,39	4	,716	1	4
A presença do docente/tutor inibia-me durante a prestação de cuidados	1,66	1	,868	1	4
O docente/tutor foi para mim um exemplo de um "bom profissional"	3,55	4	,660	1	4
O docente/tutor preocupou-se em criar um bom "clima de aprendizagem"	3,50	4	,735	1	4
Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o tutor	2,80	3	,809	1	4
Fiquei satisfeito(a) com a supervisão disponibilizada pelo docente/tutor	3,46	4	,734	1	4

Para finalizar a apresentação dos resultados, e de modo a responder a objetivos específicos do estudo, realizou-se a correlação entre a satisfação demonstrada com a supervisão do orientador com as demais afirmações desta parte do questionário. Para o

efeito foi utilizada a correlação de *Pearson*, por se mostrar indicada às variáveis em que se pretende testar, trabalhando-se com dois valores em simultâneo, o valor de *r* e o valor de *p*. O valor de *r* representa a força e a direção da associação entre as variáveis, e uma vez que este tipo de correlação vai de -1 a 1, pode-se assumir que quanto mais afastado for o valor de *r* do valor central (zero), maior é a associação entre as variáveis. Por sua vez, o *p* revela-nos o nível de significância, e sempre que este seja menor ou igual a 0,05 pode-se assumir a existência de relação entre as variáveis. Mencionamos ainda que a esta correlação está subjacente a hipótese nula, que afirma não existir relação entre as variáveis, e a hipótese alternativa que afirma a existência de relação entre as mesmas, podendo-se aceitar a hipótese alternativa sempre que o valor de *p* for inferior ou igual a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

Assim, na tabela seguinte constam os resultados separados por Escola, parecendo-nos indicado verificar se as diferenças entre ambas são relevantes para esta investigação. **No que respeita à Escola A**, verifica-se que apenas não surge correlação significativa com quatro afirmações (associação muito baixa e  $p > 0,05$ ), mas a maioria das correlações são estatisticamente significativas e positivas, e vão desde a relação moderada à associação forte. Os valores indicam que no geral, quanto maior for a concordância com as afirmações maior é a satisfação com a orientação disponibilizada, ou seja, quanto mais os estudantes consideram ter existido espaço para a discussão dos objetivos do estágio e concordam com a adequação da prestação do tutor, sentindo que a sua aprendizagem foi valorizada, mais satisfeitos se avaliam.

De igual modo, a correlação apenas é negativa em quatro situações, indicando que nestas afirmações a satisfação é mais elevada quanto maior for a discordância das alegações. Assim, conclui-se que a satisfação é mais alta por parte dos inquiridos que discordam que o tutor lhes indicou as atividades a desenvolver sem os consultar, que discordam que os seus objetivos de estágio fossem irrealistas e que apenas lhes tenha sido comunicada a opinião do tutor sobre a sua aprendizagem no final do estágio, discordando igualmente que a presença do orientador na prestação de cuidados os deixava inibidos.

Por sua vez, as correlações são todas estatisticamente significativas na **Escola B**. Tratam-se igualmente de associações moderadas e fortes, e maioritariamente positivas, sugerindo que aumenta a satisfação com a orientação disponibilizada à medida que se amplia a concordância com as afirmações. Todavia, as associações são negativas nas mesmas afirmações que na escola anterior, pelo que a satisfação com a supervisão é igualmente mais visível nos estudantes que discordam que não foram ouvidos na elaboração das atividades a desenvolver, que os objetivos do estágio não estavam

adequados ao estágio de aprendizagem e eram irrealistas, e estão em desacordo quando mencionado que a presença do tutor os inibia na prestação de cuidados.

**Tabela 22 - Correlação entre a Satisfação com a Orientação e a Avaliação do Acompanhamento Clínico**

	Fiquei satisfeito(a) com a supervisão			
	Escala			
	Escala A		Escala B	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor os meus objectivos para o estágio	,437**	,002	,667**	,000
Os objectivos negociados entre mim e o docente/tutor eram pertinentes e exequíveis	,419**	,003	,650**	,000
Os objectivos negociados entre mim e o docente/tutor eram mensuráveis	,089	,550	,359**	,002
Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados	,054	,718	,363**	,002
O tutor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber qual a minha opinião sobre o assunto	-,468**	,001	-,329**	,005
As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estágio de aprendizagem	-,310*	,034	-,253*	,032
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor as actividades a desenvolver	,286	,051	,687**	,000
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor o estilo de acompanhamento facultado	,478**	,001	,655**	,000
Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo docente/tutor	,439**	,002	,549**	,000
O docente/tutor envolveu a equipa no acompanhamento do(s) aluno(s)	,343*	,018	,622**	,000
Na ausência do tutor, senti que a equipa estava a par da minha situação de aprendizagem	,219	,139	,529**	,000
Só tive conhecimento da opinião do docente/tutor sobre a minha aprendizagem no final do estágio	-,342*	,018	-,318**	,007
O docente/tutor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	,387**	,007	,572**	,000
As apreciações disponibilizadas pelo tutor estavam focalizadas na minha experiência concreta	,396**	,006	,544**	,000
Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor as orientações teóricas e filosóficas da assistência	,392**	,006	,575**	,000
O docente/tutor ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com a equipa e com os doentes	,296*	,043	,655**	,000
Senti-me descontraído nas sessões de supervisão disponibilizadas pelo docente/tutor	,581**	,000	,428**	,000
Contei com a ajuda do docente/tutor na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico	,612**	,000	,500**	,000
Senti que os meus "tempos" de aprendizagem foram respeitados pelo docente/tutor	,744**	,000	,695**	,000
A presença do docente/tutor inibia-me durante a prestação de cuidados	-,652**	,000	-,477**	,000
O docente/tutor foi para mim um exemplo de um "bom profissional"	,567**	,000	,680**	,000
O docente/tutor preocupou-se em criar um bom "clima de aprendizagem"	,769**	,000	,765**	,000
Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o tutor	,298*	,042	,404**	,000

\*\* .  $p < 0,01$

\* .  $p < 0,05$

Estes resultados evidenciam de forma inequívoca a satisfação dos estudantes com a supervisão fornecida pelo tutor em contexto de ensino clínico, reforçando a ideia que as respostas dadas à questão principal (32) foram alvo de reflexão prévia, sustentando-se na análise detalhada do acompanhamento da aprendizagem.

Por outro lado, verifica-se a importância do tutor ser um elemento qualificado para poder desenvolver com o estudante a estrutura cognitiva, habilidades técnicas, capacidades e competências, bem como ensiná-lo a aplicar os conhecimentos de que dispõe para a resolução de problemas.

## 4. Momentos Significativos da Aprendizagem

Terminada a análise e discussão dos dados quantitativos provenientes dos 119 questionários, iremos agora examinar a quarta e última parte do *CLASI-M*, sendo a mesma constituída por três questões abertas, respeitantes aos estágios efetuados. Com estas questões, pretendemos assegurar um espaço no qual os estudantes pudessem relatar através da escrita não condicionada pelos investigadores, experiências significativas, positivas e negativas, ocorridas durante os seus ensinos clínicos.

Assim, foi solicitado aos inquiridos que indicassem respostas para as seguintes perguntas:

- ✓ Três momentos significativos agradáveis do estágio;
- ✓ Três momentos significativos desagradáveis do estágio;
- ✓ Uma situação significativa (positiva ou negativa), na qual os respetivos tutores tenham tido uma intervenção ativa.

Das respostas às questões abertas, emergiram dados que foram tratados recorrendo à técnica de análise de conteúdo, dado que esta permite tratá-las sob rigor metodológico, com o objetivo de interpretar e compreender o seu sentido. Bardin (2008) refere-se a este método como *“um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas)”* (p.42).

Definido o *corpus* de análise, iniciou-se o tratamento dos dados obtidos, procurando-se agrupar o seu conteúdo em categorias, tendo em conta as características comuns, pois tal como Bardin (2008) afirma, *“a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia) com os critérios previamente definidos”* (p.117). Para facilitar o processo, os dados foram transcritos para um ficheiro informático e todas as unidades de registo foram organizadas e classificadas em grelhas de análise segundo as categorias respetivas.

Após essa transcrição, realizamos uma primeira leitura de todas as respostas fornecidas pelos estudantes, tendo como objetivo alcançar uma visão global do conteúdo das mesmas.

Seguiu-se depois um processo de leitura e releitura das respostas, tendo em conta o tema da nossa investigação, identificando-se assim categorias transversais às mesmas.

Na seguinte Tabela 23 pode observar-se o número de questões respondidas por inquirido.

Tabela 23 - Número de Questões Respondidas por indivíduo

	Nenhuma	Uma	Duas	Três	Total
<b>N</b>	32	20	35	32	119
<b>%</b>	26,9	16,8	29,4	26,9	100

Desta forma, salienta-se que 26,9% (n=32) dos 119 indivíduos da amostra não responderam a nenhuma das três perguntas abertas e que, a maior parte dos que o fizeram, ou seja 29,4% (n=35), optaram por não responder a todas as perguntas, mas sim a duas. Um número um pouco menor 26,9% (n=32) respondeu efetivamente às três questões, enquanto os restantes 16,8% (n=20) de inquiridos que compõem esta amostra responderam apenas a uma questão.

A aprendizagem em contexto clínico é, segundo Abreu (2003), “ (...) *uma actividade que, sendo cognitiva, é mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implicam mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma «estratégia pessoal» de processar a informação (...)* ” (p.9). Sendo assim, o ensino clínico constitui-se como um espaço insubstituível, em que todos os elementos do processo supervisivo (estudante, enfermeiro tutor e docente) trabalham com vista à aquisição e desenvolvimento por parte do estudante, das competências necessárias ao exercício da profissão de enfermagem, tendo como objetivo que essa atuação competente se prolongue por toda a sua atividade profissional.

De acordo com os factos anteriormente descritos, procedemos à identificação das categorias classificativas da informação recolhida, as quais remetem para as características do enfermeiro tutor e áreas de desenvolvimento do estudante que a supervisão deve potenciar.

Foram identificadas 9 categorias, sendo elas: **Autonomia; Desenvolvimento de Competências; Avaliação; Reconhecimento; Integração na Equipa; Relação com Tutor/Equipa; Contacto/Relação com os Clientes; Estratégias Pedagógicas e Confiança.**

A categoria **Autonomia** diz respeito à tomada de consciência por parte do estudante do desenvolvimento do seu quadro de conhecimentos e, a capacidade de prestar progressivamente cuidados de saúde sem a ajuda de outros.

Por seu turno, a categoria **Desenvolvimento de Competências** reporta à capacidade do estudante se adaptar aos diferentes contextos e funções a desempenhar, a resolver situações de grande indefinição ou a adaptar-se àquelas que comportem grandes níveis de imprevisibilidade, como o que se observa com as situações de cuidados, através do desenvolvimento de competências científicas, técnicas, pessoais e relacionais.

A categoria **Avaliação** remete para o processo regulador das aprendizagens, orientador do percurso realizado em ensino clínico, certificador das diversas competências adquiridas pelos estudantes ao longo do seu percurso formativo.

A categoria **Reconhecimento** diz respeito ao sentimento do estudante, quando este cumpre as suas atividades de forma íntegra e com sucesso, proporcionando-lhe uma satisfação interior, que no entanto para ser completa, necessita como resultado adicional o reconhecimento dos outros intervenientes, desde o enfermeiro tutor aos clientes alvo dos seus cuidados.

A categoria **Integração na Equipa** engloba o pressuposto do estudante se enquadrar numa equipa de saúde, que aglutina profissionais de categorias e formações distintas em torno de um propósito comum, que culmina na prestação de cuidados de qualidade ao cliente.

A categoria **Relação com Tutor/Equipa** refere-se a uma ligação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem, efetuada entre o estudante e o tutor/equipa de enfermeiros do serviço.

Por sua vez, a categoria **Contacto/Relação com os Clientes** diz respeito igualmente a uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem, mas desta feita estabelecida entre o estudante e o cliente/família.

A categoria **Estratégias Pedagógicas** abrange o desempenho pedagógico do enfermeiro tutor, no que concerne às ações por si desenvolvidas para transformar o ambiente clínico onde o estudante realiza o seu estágio, num ambiente potencialmente primário, para que este possa concretizar transições ecológicas. Por outro lado, englobamos aqui todo o suporte que o tutor disponibiliza ao estudante, em termos técnicos e emocionais, bem como os recursos que julga necessários para a otimização da sua aprendizagem.

Por último, a categoria **Confiança** remete para o facto de ser dado crédito às ações do estudante, considerando que as expectativas sobre os seus atos ou a sua pessoa serão concretizadas no futuro.

Como já foi mencionado, para cada categoria foram classificadas unidades de registo, que de acordo com as questões efetuadas, foram identificadas como “positivas” e “negativas”.

No Quadro 1 pode-se observar o número total de respostas dos inquiridos (339) e a sua distribuição e classificação segundo os parâmetros supracitados.

Quadro 1 - Número de Respostas por Categoria e Unidades de Registo

Unidades de Registo	Categorias									Total
	Autonomia	Desenvolvimento de Competências	Avaliação	Reconhecimento	Integração na Equipa	Relação com Tutor/Equipa	Contacto/Relação com os Clientes	Estratégias Pedagógicas	Confiança	
<b>Positivas</b>	11	48	18	22	42	38	26	42	7	254
<b>Negativas</b>	1	17	10	2	8	17	7	23	0	85
<b>Total</b>	12	65	28	24	50	55	33	65	7	339

Desta forma, verifica-se que por ordem decrescente, as categorias que mais respostas registaram foram as “**Desenvolvimento de Competências**” e “**Estratégias Pedagógicas**”, com 65 respostas no total para cada uma, seguidas da “**Relação com Tutor/Equipa**” com 55 e “**Integração na Equipa**” com 50.

Com um número bastante menor de ocorrências, comparativamente com as anteriores, seguiram-se as categorias “**Contacto/Relação com os Clientes**” (33), “**Avaliação**” (28) e “**Reconhecimento**” (24). As categorias “**Autonomia**” e “**Confiança**” foram aquelas nas quais se apuraram menos respostas, com 12 e 7 respetivamente.

No que concerne às unidades de registo importa indicar que o maior número de respostas classificadas como “positivas”, num total de 254, observou-se na categoria

“Desenvolvimento de Competências” com 48, seguida de perto pelas categorias “Integração na Equipa” e “Estratégias Pedagógicas” que registaram 42 respostas.

As categorias “Relação com Tutor/Equipa” com 38 respostas, “Contacto/Relação com os Clientes” com 26 e “Reconhecimento” com 22, foram as categorias seguintes. Em menor número foram ainda classificados dados nas categorias “Avaliação” (18), “Autonomia” (11) e por fim, na categoria “Confiança” com apenas 7 respostas.

Em relação às unidades de registo qualificadas como “negativas” verifica-se que, no total das categorias, só se obtiveram 85 respostas, concluindo-se que os estudantes indicaram um número bastante maior de momentos positivos comparativamente com os negativos. Salienta-se ainda que, em todas as categorias o número de unidades de registo positivas identificadas superou sempre o das negativas. Sendo assim, a categoria “Estratégias Pedagógicas” foi a que englobou o maior número de respostas (23), seguida das categorias “Desenvolvimento de Competências” e “Relação com Tutor/Equipa”, que registaram em igual número 17 respostas cada. Com 10 unidades de registo seguiu-se a categoria “Avaliação” e com 8 a categoria “Integração na Equipa”, sendo que a categoria “Contacto/Relação com os Clientes” registou menos uma do que a anterior (7). Surgiu também apenas 1 resposta para a categoria “Autonomia” e importa ainda observar que não se classificou qualquer resposta na categoria “Confiança”.

Após a observação do Quadro 1, proceder-se-á de imediato à análise dos dados por categoria e unidades de registo (positivas e negativas). Os quadros que se seguem ilustram exemplos de excertos dos dados obtidos classificados por categoria e unidades de registo, positiva ou negativa. Relativamente à primeira categoria identificada, “Autonomia”, foi já mencionado que se classificaram 11 respostas positivas e apenas 1 negativa, sendo que os inquiridos mencionaram que um momento significativo agradável no decorrer do estágio surgiu quando alcançaram um grau de autonomia considerável no desenvolvimento das suas atividades, tendo-lhes sido proporcionada independência e à vontade neste contexto.

Quadro 2 - Exemplo da Categoria Autonomia por Unidades de Registo

Categoria	Exemplos	
Autonomia	Unidades de Registo Positivas	“Desenvolver actividades de forma autónoma”. Q45 “Quando percebi que tinha atingido um nível de autonomia considerável”. Q72 “A independência e o à vontade que me foram proporcionados”. Q75
	Unidades de Registo Negativas	“Falta de autonomia na prestação de cuidados e na tomada de decisões”. Q28

Contudo, como se pode também observar no Quadro 2, um inquirido apontou a ausência de autonomia no decorrer do seu estágio, tanto na prestação de cuidados, como na tomada de decisões.

Os enfermeiros tutores deverão centrar a sua atenção num conjunto de estratégias que visem promover capacidades de iniciativa e autonomia nos estudantes, inculcando permanentemente espírito de pesquisa, de análise e reflexão. Abreu (2007) diz-nos mesmo que o tutor deverá transmitir segurança ao estudante, motivando-o para a aprendizagem e favorecendo desta forma a sua autonomia. Como vemos a partir das respostas que emergem às questões formuladas, os estudantes valorizam o facto de se sentirem capazes de desempenhar as suas intervenções de forma autónoma, mas sempre sob a supervisão do enfermeiro tutor.

Nesta perspetiva, Simões e Garrido (2007) no estudo que efetuaram referem que os enfermeiros cooperantes perspetivam que a estimulação da autonomia do estudante pode ser facilitada através da demonstração das práticas, de simulações reais, de estudos de caso, reuniões, debates, discussões construtivas e formulação de questões reflexivas, sendo que este conjunto de práticas promove a satisfação e o desenvolvimento profissional do estudante.

No que concerne à segunda categoria observada **“Desenvolvimento de Competências”**, verificaram-se 48 unidades de registo positivas, ou seja, estes inquiridos consideraram que um momento significativo agradável surgiu aquando da possibilidade de desenvolverem competências, quer no domínio comunicacional/relacional, quer nos domínios cognitivo ou técnico, tendo sido estes dois últimos os mais referidos. Exemplos relativos a esta categoria encontram-se representados no seguinte Quadro 3.

**Quadro 3 - Exemplo da Categoria Desenvolvimento de Competências por Unidades de Registo**

Categoria	Exemplos	
<b>Desenvolvimento de Competências</b>	<b>Unidades de Registo Positivas</b>	“Possibilidade de melhorar destreza”. Q3 “Possibilidade de prestação de cuidados diferenciados; Lidar com doente em estado crítico; Planear e executar acções de educação para a saúde”. Q5 “Aprendizagem de novas técnicas e procedimentos”. Q33
	<b>Unidades de Registo Negativas</b>	“Diversidade de procedimentos entre os diferentes profissionais (enfermeiros)”. Q22 “Quando falhava; Quando me sentia impotente”. Q36 “Carga horária do estágio ser muito pouca para as necessidades de aprendizagem ao nível prático do aluno”. Q65

Salientam-se ainda situações referidas pelos estudantes que apontam para uma intervenção ativa dos tutores neste contexto, mais especificamente no domínio técnico, nomeadamente quanto à forma de prestação de cuidados adequada. Na opinião destes inquiridos, a orientação prestada por parte dos tutores nesse sentido foi bastante satisfatória. Ainda relativamente a esta categoria, verificou-se que 17 inquiridos consideraram que este foi um contexto que lhes proporcionou momentos significativos desagradáveis. As causas apontadas são basicamente três: a forma de atuação desigual por parte dos elementos das equipas de enfermagem, fator que desencadeou sentimentos de confusão nos estudantes; sensações de frustração, impotência e fracasso derivados do insucesso ocasional na execução das técnicas e na prestação de cuidados; e por fim, a reduzida carga horária dos estágios, facto que condicionou negativamente, na opinião dos inquiridos, o desenvolvimento de competências técnicas.

Como temos visto até aqui, o ensino clínico é considerado “ (...) *um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais*” (Abreu, 2003, p.9). Este ambiente complexo, em constante transformação será propiciador para que os estudantes mobilizem aptidões na ação, para fazer face à complexidade das situações de trabalho vivenciadas, desenvolvendo desta forma competências profissionais (Serrano, 2008).

Estas competências deverão ir no sentido do estudante poder agir em conformidade com as situações que lhe surjam no seu dia-a-dia profissional, tomando as melhores opções e salvaguardando o bem-estar do cliente (Rua, 2011).

O facto de a nossa investigação revelar um maior número de respostas encaradas como momentos positivos do estágio, no que concerne à categoria “Desenvolvimento de Competências”, vai de encontro aos resultados de outros estudos como o de Rua (2011), Pinto (2011) e Belo (2003), que consideram este fator determinante para uma aprendizagem de sucesso, bem como na formação de futuros profissionais de excelência.

O desenvolvimento de competências pelo estudante de enfermagem deverá ter sempre em linha de conta os padrões estabelecidos pela OE (2003), sendo estes a premissa para a avaliação de muitos dos ensinamentos clínicos realizados ao longo do seu percurso formativo.

Tendo os estudantes referenciado em grande número o apreço pelo desenvolvimento de competências cognitivas e técnicas, Alarcão e Tavares (2007) defendem que estes devem construir uma aprendizagem sólida “ (...) *através de uma observação reflexiva e de um diálogo permanente com as situações reais e com os outros actores que nelas actuam e na sábia mobilização criativa de saberes de referência que*

*possibilitam a compreensão da acção*” (p.132). Assim sendo, os mesmos autores defendem que o desenvolvimento de competências nos estudantes deve ser acompanhado de permanentes momentos de reflexão na acção, sobre a acção, e por último sobre a reflexão efetuada na e sobre a acção.

Para que tal aconteça, o estudante deverá estar acompanhado por um elemento de referência que deverá ser o seu tutor, assumindo este último a responsabilidade de proporcionar um ambiente favorável ao alcance dos objetivos definidos para o ensino clínico. Dessa forma, o estudante poderá de forma supervisionada *“fazer experiências, cometer erros, mas também tomar consciência deles e tentar ultrapassá-los de modo a aceder a um saber fazer que conduza à sua progressiva autonomia pedagógica”* (Sá-Chaves, 2000, p.75).

No que à terceira categoria diz respeito - **“Avaliação”** - classificaram-se 18 situações positivas, ou seja, os inquiridos indicaram a(s) avaliação(ões) como um momento significativo agradável do ensino clínico. Alguns elementos justificaram que a avaliação constituiu um momento agradável para eles pelo facto de ter sido efetuada de forma justa, observando-se que a grande maioria das respostas com esta justificação remete para a avaliação final do estágio. Contudo, verifica-se ainda que outras respostas remetem para o campo das avaliações periódicas, que proporcionaram aos inquiridos uma reflexão sobre o seu desempenho no estágio, motivo pelo qual foi mencionada esta categoria como tendo constituído um momento significativo agradável.

**Quadro 4 - Exemplo da Categoria Avaliação por Unidades de Registo**

Categoria	Exemplos	
Avaliação	Unidades de Registo Positivas	“Momentos de reflexão e avaliação de desempenho”. Q20 “Avaliação justa”. Q25 “Quando o tutor me avaliou o desempenho como bom, referindo que seria uma boa profissional”. Q19 “Em todo o processo de avaliação (intermédia e final) e durante todo o estágio (Positiva)”. Q79
	Unidades de Registo Negativas	“Alguma injustiça na forma como a minha actuação foi avaliada”. Q3 “Avaliações finais, sem que o tutor tenha tido um discurso coerente e justificado claramente a avaliação”. Q10 “Avaliação injusta”. Q21 “Discussão de avaliação com o enfermeiro orientador (Negativa)”. Q85

Finalmente, no respeitante à categoria **“Avaliação”**, salienta-se que 10 inquiridos consideraram a avaliação ou períodos de avaliação aos quais foram submetidos como momentos negativos, realçando a atuação injusta ou incoerente de alguns tutores neste domínio, desencadeando momentos bastante desagradáveis.

No contexto da formação dos estudantes de enfermagem, apesar de cada um ser inculcado a construir o seu próprio percurso, a avaliação do ensino clínico torna-se uma peça fundamental no processo de certificação de competências.

Carvalho (2004), no estudo que realizou sobre a avaliação da aprendizagem em ensino clínico de enfermagem, defende que a mesma deverá ser encarada como um instrumento pedagógico, traduzindo o percurso do estudante, bem como a sua capacidade de integração de saberes e experiências. Na mesma linha de pensamento, Carvalho (2006) complementa esta ideia, afirmando que o papel do enfermeiro tutor na avaliação do desempenho do estudante se encontra diretamente relacionado com o sucesso ou insucesso do seu processo formativo. No entanto, Serra (2006) diz-nos que *“a maior dificuldade referida pelos enfermeiros (...) está associada à (...) avaliação dos estudantes (...). Os profissionais referem-se à avaliação como sendo o aspecto que mais desconforto lhes causa no seu desempenho”* (p.17).

Tal como podemos verificar no nosso estudo, a avaliação é encarada maioritariamente como positiva pelos estudantes, valorizando aquele momento como um espaço aberto à reflexão e ao reconhecimento da evolução do seu percurso. Os aspetos referidos como negativos poderão estar associados às dificuldades supracitadas por Serra (2006), sendo que muitas vezes o tutor não se encontra preparado para avaliar o estudante. Assim sendo, Cunha e colaboradores (2010, p.274) afirmam que *“o supervisor deve ser perito na área da enfermagem e deve possuir capacidades de análise e avaliação das actividades em contexto prático”*, facilitando dessa forma a sua tarefa avaliadora.

A categoria **“Reconhecimento”** refere-se aos momentos que os inquiridos consideraram como agradáveis pelo facto de terem sentido que o seu trabalho, esforço, empenho ou competências foram reconhecidos, quer pela equipa de enfermagem e/ou tutor, quer pelos clientes. Porém, só se registaram 22 respostas positivas nesta categoria, facto que aponta para um número bastante reduzido de inquiridos que percecionaram reconhecimento e valorização pela sua prestação em contexto de estágio. Alguns estudantes identificaram situações nas quais os tutores valorizaram constante e ativamente o desempenho e o esforço do estagiário em situações concretas e ao longo do estágio, reconhecendo desta forma o seu trabalho, como se pode observar no Quadro 5.

Quadro 5 - Exemplo da Categoria Reconhecimento por Unidades de Registo

Categoria	Exemplos	
Reconhecimento	Unidades de Registo Positivas	<p>“Reconhecimento do empenho; Reconhecimento do esforço demonstrado; Reconhecimento da qualidade dos cuidados prestados”. Q15</p> <p>“Tive um doente que estava a descompensar a nível cardiorrespiratório por hemorragia interna a nível cervical. Apercebi-me da situação e intervim adequadamente, tomando as decisões acertadas e alertando os clínicos para o que poderia estar a acontecer com o doente. O meu enfermeiro tutor valorizou imenso a minha perspicácia e comentou isso com os responsáveis, valorizando a minha actuação”. Q21</p>
	Unidades de Registo Negativas	<p>“Falta de reconhecimento e respeito pela equipa médica, face aos enfermeiros”. Q17</p> <p>“Não ser reconhecido o esforço em estágio”. Q42</p>

Ainda no que a esta categoria diz respeito, destaca-se que foram classificadas como unidades de registo negativas apenas 2 respostas. O desrespeito pelo enfermeiro, encabeçado pela equipa médica e a desvalorização do seu papel e do seu esforço, foram os motivos apontados pelos inquiridos para terem considerado estes momentos como significativamente desagradáveis.

Através destes dados, podemos concluir que o fator reconhecimento contribui para uma elevação da autoestima do estudante demonstrado através das narrativas supracitadas, essencialmente quando proveniente do enfermeiro tutor e dos clientes.

Na categoria seguinte, **“Integração na Equipa”**, registou-se um maior número de situações comparativamente à anterior. Assim, surgiram 42 respostas por parte dos inquiridos, que consideraram que o seu processo de integração na equipa de enfermagem decorreu positivamente, motivo pelo qual constituiu um momento bastante satisfatório em contexto de ensino clínico. Conforme se pode observar pelas afirmações expostas no Quadro 6, a contribuição ativa e positiva do tutor na integração do estudante na equipa e no serviço foi considerada fundamental neste contexto.

Quadro 6 - Exemplo da Categoria Integração na Equipa por Unidades de Registo

Categoria	Exemplos	
Integração na Equipa	Unidades de Registo Positivas	“Senti-me completamente integrada na equipa; Senti que a forma de trabalhar da equipa se aproximava da minha”. Q13 “Momento em que me senti integrado no serviço”. Q63 “Intervenção positiva (do tutor) na integração no serviço”. Q3 “Integração com a equipa e o tempo dispensado a explicar o funcionamento de todos os meios tecnológicos da unidade de cuidados intensivos polivalentes (Positiva)”. Q108
	Unidades de Registo Negativas	“Não ser recebida de igual modo por toda a equipa”. Q20 “Fase inicial dos estágios, devido ao desconhecimento das rotinas e procedimentos dos serviços”. Q33 “Não tive alguém com quem trabalhasse sempre, todos os turnos eram diferentes e isso dificultou a minha integração”. Q34

É ainda de salientar que esta categoria foi uma das que registaram um menor número de situações negativas, apenas 8. Os inquiridos que consideraram a sua integração como um momento negativo, justificaram-no através de factos como o desconhecimento das formas de atuação e procedimentos na fase inicial dos estágios, a desigualdade de conduta dos membros das equipas no que concerne ao acolhimento dos estudantes ou a excessiva rotatividade desses elementos nos diversos turnos, facto que dificulta o estabelecimento de uma relação empática entre estudantes e equipas.

Tal como nos referem Simões, Alarcão e Costa (2008), o enfermeiro cooperante é responsável pela integração do estudante no serviço e, cada vez mais, pela supervisão da sua aprendizagem na prática. O tutor assume um papel de destaque no que toca à apresentação do estudante à equipa multidisciplinar, serviço e suas dinâmicas.

Desta forma, os tutores deverão servir de modelo para os futuros enfermeiros, tendo a incumbência de lhes proporcionar experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação, constituindo-se como facilitadores da sua socialização com os contextos de trabalho (Abreu, 2003). Existindo uma boa integração do estudante no seio da equipa multidisciplinar, todo o processo de ensino-aprendizagem se desenrolará de forma mais fluente como podemos comprovar através do seu discurso, tal como uma integração deficitária provoca nele sentimentos de deslocação face à realidade onde se encontra inserido.

No Quadro 7 podem observar-se excertos relativos à categoria seguinte, **“Relação com o Tutor/Equipa”**, na qual se registaram 38 situações positivas. Estas aludem, por exemplo, a momentos nos quais o tutor demonstrou disponibilidade para esclarecer dúvidas sobre os procedimentos e formas de atuação, ou momentos através dos quais tomou partido na defesa do estudante, quando este era alvo de críticas negativas, mas infundadas.

**Quadro 7 - Exemplo da Categoria Relação com o Tutor/Equipa por Unidades de Registo**

Categoria	Exemplos	
Relação com o Tutor/Equipa	Unidades de Registo Positivas	“O relacionamento positivo com tutor e equipa”. Q38 “Os óptimos momentos com o meu orientador, com a equipa e os clientes”. Q53 “Excelente relação que tive com as tutoras do estágio, bem como toda a equipa multidisciplinar”. Q81 “Defesa por parte do tutor, quando fui alvo de crítica por outros colegas da equipa, mostrando disponibilidade para mostrar que essas críticas estavam erradas”. Q39
	Unidades de Registo Negativas	“Indiferença apresentada pela equipa de enfermagem pelos alunos; Indiferença do tutor pela aluna”. Q10 “Falta de apoio e compreensão”. Q29 “Desrespeito pelo aluno e pelo seu estatuto; Falta de humildade”. Q62 “Crítica destrutiva sobre o excesso do número de alunos em campo de estágio e desmotivação face à supervisão”. Q28

Ainda no que diz respeito à categoria **“Relação com Tutor/Equipa”**, observaram-se 17 respostas consideradas como negativas, mais do dobro das respostas comparativamente à categoria anterior. Assim, estes inquiridos apontaram a relação que mantiveram com o tutor e/ou a equipa como desagradável. As razões para estas afirmações sustentam-se basicamente nas atitudes e no modo de atuação do tutor e/ou equipa para com os estudantes, considerados pelos inquiridos como bastante negativos. Pode-se apontar a indiferença ou desrespeito pelo estagiário e a ausência de apoio, colaboração, disponibilidade, compreensão e humildade por parte destes profissionais.

Na perspetiva de Abreu (2007), a relação supervisiva constitui um suporte e um fator mediador da aprendizagem em contexto clínico, cabendo para tal ao tutor *“respeitar a individualidade do formando e criar situações de aprendizagem que incluam conteúdos*

*considerados relevantes mas que também considerem os estilos próprios de aprendizagem”* (p.165-166).

A relação com o tutor e equipa é assim referida como elementar no processo de integração na equipa de enfermagem, de socialização com o contexto profissional, de aquisição de saberes e formação da sua identidade (Abreu, 2001; Abreu, 2007; Pinto, 2011; Rua, 2011).

Na categoria seguinte, **“Contacto/Relação com os Clientes”**, importa referir que foram registadas 26 respostas positivas, o que indica que estes inquiridos consideraram como momentos significativos agradáveis a interação com os clientes no decorrer do seu estágio. Salienta-se a relação de empatia que alguns estudantes conseguiram estabelecer com os clientes e, nalguns casos reconhecimento, como se pode verificar no Quadro 8.

**Quadro 8 - Exemplo da Categoria Contacto/Relação com os Clientes por Unidades de Registo**

Categoria	Exemplos	
<b>Contacto/Relação com os Clientes</b>	<b>Unidades de Registo Positivas</b>	“Alegria demonstrada pelos doentes com a minha presença”. Q21 “Relação de empatia estabelecida com os utentes”. Q40 “Os utentes solicitam a minha presença”. Q51 “Relação empática e de ajuda criada com os utentes”. Q79
	<b>Unidades de Registo Negativas</b>	“(...) uma agressão verbal por parte de um familiar de um utente (...)”. Q42 “(...) situações em que os utentes não querem ser tratados por nós, por sermos estagiários”. Q45 “A frustração da morte de um doente; A tristeza na vivência da regressão do estado de saúde de um doente”. Q12 “Ser agredido por um doente”. Q42 “O contacto com realidades menos agradáveis”. Q75

Nesta categoria **“Contacto/Relação com os Clientes”**, foram ainda registadas 7 unidades de registo negativas. Os motivos apontados pelos inquiridos para terem considerado que experienciaram momentos negativos neste contexto são basicamente os seguintes: o contacto com realidades pouco agradáveis; os sentimentos de frustração, tristeza ou impotência perante o óbito de um doente ou a regressão do seu estado de saúde; e ainda atos de agressão ou desconfiança por parte dos clientes/família.

As interações estabelecidas na relação entre enfermeiro e cliente são ímpares, na medida em que como seres únicos que somos, cada momento de interação é complexo e irrepetível. Tendo em conta o facto do estudante em contexto clínico lidar com vários clientes ao mesmo tempo, cada um com especificidades singulares, a relação estabelecida com cada um deles irá desdobrar um role de experiências únicas, que se traduzirão em aprendizagens significativas.

Segundo Hesbeen (2000), “ (...) *cada situação de vida com que o profissional se depara é uma situação definitivamente singular, nunca se repetirá*” (p.35). Assim sendo, torna-se imperativo que a formação em enfermagem privilegie a relação de ajuda, implicando ao estudante o desenvolvimento de competências fundamentais de relacionamento.

Benner (2001) refere-se assim à relação de ajuda, como aquela que provem da interação entre o enfermeiro e o cliente, onde “*as práticas do cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto. Tornar-se um membro participante na prática de enfermagem, implica que se assume uma intenção de ajuda e compromisso de desenvolverem práticas de cuidar.*” (p. 12). Como sempre nas relações humanas, as interações poderão despoletar igualmente sentimentos negativos, como se pode evidenciar através de algumas respostas dos inquiridos, sentimentos esses que poderão afetar negativamente o decorrer do processo de ensino-aprendizagem.

Relativamente às “**Estratégias Pedagógicas**”, ou seja, às ações ou atividades de ensino utilizadas pelos tutores com a finalidade de conduzir os estudantes a certas aprendizagens, observa-se que se registaram 42 respostas positivas nesta categoria. Estes inquiridos destacaram a sua orientação no estágio como bastante satisfatória, pela forma adequada como foi efetuada pelo tutor. Foram indicadas situações nas quais o tutor agiu neste domínio de forma bastante positiva, revelando uma atitude de diálogo, partilha de conhecimentos, paciência, compreensão, disponibilidade, entre outros aspetos, ilustrados nos exemplos do Quadro 9.

Quadro 9 - Exemplo da Categoria Estratégias Pedagógicas por Unidades de Registo

Categoria	Exemplos	
Estratégias Pedagógicas	Unidades de Registo Positivas	“Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas”. Q1 “Diálogos periódicos entre tutor e aluna para partilha de conhecimentos; Críticas construtivas com vista a melhorias; Elogios na avaliação intermédia e durante a execução de procedimentos de enfermagem”. Q35 “(...) no momento em que foi necessário corrigir alguma coisa, esta correcção foi dada de forma calma e compreensiva, exemplo de uma boa pedagogia”. Q6 “Disponibilidade em desenvolver as minhas competências, por parte dos tutores”. Q39
	Unidades de Registo Negativas	“Por vezes alguma falta de supervisão e interesse por parte de alguns tutores”. Q3 “Reprimendas na presença do doente e da família”. Q28 “Pressão constante”. Q29 “Condições físicas de alguns serviços”. Q33 “Falta de recursos materiais e humanos”. Q9

Como já foi verificado anteriormente, esta categoria em *ex aequo* com a categoria “Integração na Equipa”, foi a que registou o segundo maior número de situações positivas (42); foi ainda nesta categoria que, simultaneamente com a categoria “Desenvolvimento de Competências”, foram classificadas o maior número de unidades de registo positivas e negativas (65); porém, foi também nesta categoria que se observou o maior número de situações negativas (23). Estes inquiridos referenciaram terem vivenciado momentos desagradáveis devido a estratégias pedagógicas pouco adequadas por parte dos respetivos tutores, entre elas a falta de supervisão e interesse, a pressão e o stresse aplicados ao estagiário, ou o desrespeito e humilhação do mesmo perante clientes ou outros profissionais. Por outro prisma, registou-se ainda outro tipo de situação negativa adjacente a este contexto, a insuficiência de recursos humanos e materiais e as condições físicas desadequadas nalguns serviços, que podem condicionar negativamente a aprendizagem e desempenho do estudante em contexto clínico.

Segundo Abreu (2007), o tutor deverá potenciar nos estudantes capacidades e atitudes que visam a excelência dos cuidados prestados, sendo por essa razão o acompanhamento dos mesmos no campo de ação, uma premissa. Desta forma, o enfermeiro tutor necessita ser dotado de perícia na área de enfermagem em que se encontra a exercer funções, desenvolvendo capacidades de análise e avaliação do referido contexto. Ribeiro e Cunha (2010) completam esta ideia concluindo através do seu estudo, que os enfermeiros tutores com formação específica em supervisão avaliam melhor a qualidade dos cuidados prestados pelo estudante, em relação aos que não possuem formação específica.

Através das suas intervenções, o enfermeiro tutor tem assim na opinião dos inquiridos, um papel fundamental na compreensão das suas dificuldades através do esclarecimento de dúvidas e apoio na resolução de problemas.

Por outro lado, os aspetos negativos referenciados pelos inquiridos vão de encontro à ideia defendida por Fernandes (2004), quando esta afirma que os estímulos negativos e a censura por parte do tutor no decorrer da prestação de cuidados fomentam no estudante sentimentos de revolta, desânimo e incapacidade.

Quadro 10 - Exemplo da Categoria Confiança por Unidades de Registo

Categoria	Exemplos	
Confiança	Unidades de Registo Positivas	“A confiança cedida pela orientadora (Positiva)”. Q96 “Em geral, a confiança que necessitava para uma boa integração, foi-me disponibilizada de excelente forma pelo tutor”. Q110 “A confiança que teve em mim e na prática de enfermagem”. Q115 “O tutor confia no meu trabalho”. Q51 “A confiança que depositam em mim e na minha prática de enfermagem”. Q60 “Confiança nas atitudes”. Q1 “Confiança depositada pelo tutor no estudante”. Q8

Por fim, relativamente à última categoria identificada - **“Confiança”** - abordada no quadro acima, salienta-se que se verificou um número bastante reduzido de respostas positivas, apenas 7, não se tendo classificado nenhum excerto como sendo uma unidade de registo negativa. Como já foi observado anteriormente, destaca-se que esta foi a categoria na qual se registou um menor número total de respostas. Os estudantes indicaram assim, que um momento significativo agradável no decorrer do seu estágio, ocorreu aquando da sua perceção de um sentimento de confiança por parte dos respetivos tutores na sua pessoa e/ou no desempenho do seu trabalho. Para além disso, todos os inquiridos foram unânimes ao indicarem a atitude positiva dos tutores neste contexto. Algumas respostas aludem à confiança que o tutor neles depositou na prática de enfermagem, e por outro lado, um inquirido mencionou que o seu tutor interveio de forma positiva na construção da sua confiança, para que a sua integração no local de estágio fosse realizada eficazmente.

Estes resultados vão ao encontro da ideia defendida por Simões e Garrido (2007), quando afirmam que a supervisão em ensino clínico é considerada como um momento privilegiado de reflexão e de comunicação, visando o desenvolvimento de competências no estudante, devendo promover neste uma atitude de confiança e de responsabilidade pela

qualidade do ensino. O estabelecimento de uma relação de confiança demonstrou-se para os nossos inquiridos, um fator de satisfação com o processo de ensino-aprendizagem e com o tutor, tal como no estudo de Belo (2003).

Através da análise de conteúdo realizada, pensamos ter apresentado os momentos considerados pelos estudantes como significativos no contexto da sua formação em contexto clínico. Por outro lado, apercebemo-nos com maior evidência da importância atribuída pelos estudantes ao papel desempenhado pelo enfermeiro tutor no processo de ensino/aprendizagem.



## CONCLUSÃO

A evolução da ciência em geral e da Enfermagem em particular tem contribuído para a modificação e adaptação das práticas exercidas. As atividades de cariz específico, baseadas num processo científico estruturado, implicam assim a formação de profissionais com qualificações diferenciadas.

Nesse contexto, o enfermeiro vê a sua formação superior atual alicerçada num processo de alternância, entre a teoria e a prática, tendo lugar em dois espaços distintos: a escola e as organizações de saúde. Na instituição de ensino superior, são ministrados aos estudantes conteúdos teóricos que oferecem o suporte necessário ao exercício clínico, enquanto nos contextos de trabalho, os mesmos transpõem para as situações práticas todos os conhecimentos obtidos em sala de aula, interiorizando e tomando progressiva consciência da essência da sua futura profissão.

Sabemos que a formação dos enfermeiros estabeleceu desde sempre uma relação privilegiada com os contextos clínicos (Pinto, 2011). Mais do que uma valia curricular, o ensino clínico surge como um espaço distinto de partilha de ideias e aprendizagens, satisfazendo as necessidades da instituição de saúde, dos estudantes, dos profissionais responsáveis pela sua orientação e dos clientes/família. Este é apresentado assim como um espaço ímpar de desenvolvimento e aprendizagem, tendo em conta a importante dimensão de socialização com a profissão (Abreu, 2007), proporcionando experiências únicas através das quais se integram novos conhecimentos e saberes, que só neste contexto podem emergir.

Fernandes (2010) defende o ensino clínico como um período de transição essencial em termos formativos, devido à possibilidade do estudante interagir diretamente com os profissionais de saúde e os clientes alvo dos cuidados. A mesma autora refuta ainda, que é neste espaço concreto que surge a rutura com as conceções de formação e de aprendizagem formalizadas pelos estudantes, tornando-se num momento de confronto que os prepara para a incerteza e para a imprevisibilidade da sua prática.

Desta forma, Alarcão e Tavares (2007) afirmam que a formação em contexto clínico deverá ser entendida, numa tripla vertente de saberes: *saber* (dimensão cognitiva), *saber fazer* (dimensão operativa/técnica) e *saber ser e estar* (dimensão ética e relacional).

Neste contexto específico, os enfermeiros da prática clínica sabendo que a aprendizagem deve atender ao nível de desenvolvimento do estudante, têm visto o seu papel realçado no processo de formação/orientação dos mesmos.

Cabe ao tutor propor tarefas de aprendizagem adequadas ao desenvolvimento do estudante, coadjuvando-o na sua evolução (Fernandes, 2010) e promovendo o desenvolvimento de um conjunto de capacidades e atitudes com vista à excelência e qualidade dos cuidados prestados (Alarcão e Tavares, 2007).

Ainda segundo os mesmos autores, os objetivos propostos para a realização de um ensino clínico não se atingem todos de uma vez, pelo que se deve ter em conta que o processo superviso constitui uma ação multifacetada, faseada, contínua e cíclica, no qual o tutor deve acompanhar de perto a evolução dos seus formandos.

Mediante os factos até aqui apresentados, percebemos a importância da formação em contexto clínico para o futuro enfermeiro, o que reforçou o nosso espírito pela construção de novos conhecimentos que abrangem aspetos associados à temática em questão. O enquadramento teórico que esteve na base da nossa investigação permitiu-nos aprofundar o atual estado da arte, dando o mote para o desenvolvimento de resultados concretos.

Considerando que a componente prática da formação do enfermeiro é uma atividade essencial para o seu desenvolvimento profissional, uma vez que por meio dessa experiência o estudante constrói organizadamente o seu conhecimento, julgou-se pertinente a realização de um estudo que pudesse demonstrar a real importância da formação em contexto clínico no curso de enfermagem.

Por outro lado, salientamos também a crescente importância da supervisão clínica na área da enfermagem, verificada mais recentemente através da proposta de um Modelo de Desenvolvimento Profissional encabeçado pela OE, prevendo a certificação de competências do futuro profissional, o que implica algumas mudanças, nomeadamente a garantia de *“um sistema que permita a Certificação de Enfermeiros tutores/supervisores clínicos e a acreditação das unidades de cuidados com capacidade formativa de modo a tornar possível o funcionamento do sistema”* (OE, 2007). Assim sendo, importa conhecer a opinião dos estudantes acerca do que estes consideram ser um bom tutor, bem como as características que mais apreciam nos mesmos.

No nosso estudo, optamos pela utilização de um questionário para recolha da informação, com uma vertente quantitativa e outra qualitativa. Esta escolha revelou-se a nosso ver vantajosa, uma vez que nos permitiu a análise relacional entre as variáveis que conduzem à satisfação dos estudantes face ao processo superviso e, ao mesmo tempo, permitiu-nos conhecer as suas opiniões de forma não condicionada.

Esta investigação não se encerrou num estrito conjunto de operações estatísticas, sendo que consideramos que as emoções expressas pelos estudantes, através das questões abertas, nos facultaram uma perspetiva mais credível sobre a temática em estudo.

Através dos dados evidenciados nesta investigação, podemos afirmar que os estudantes se encontram, na sua grande maioria, bastante satisfeitos com a supervisão que lhes foi fornecida, sendo esta informação obtida pela análise das questões 32 (parte II) e 24 (parte III) do *CLASI-M*, facto que nos leva a supor que os vários tutores são dotados de características favoráveis ao desenvolvimento profissional do(s) respetivo(s) supervisionado(s). De entre essas características, salientamos o facto de o tutor proporcionar um clima propício para a aprendizagem; funcionar como elo mediador entre estudantes e restantes elementos da equipa de enfermagem; ser honesto e respeitar o estudante; ser realista nas suas expectativas e exigências; ser bom comunicador; permitir a participação do estudante no planeamento das atividades; transmitir *feedback* acerca da evolução do processo de aprendizagem; proporcionar suporte técnico e emocional e proporcionar momentos de reflexão. Este resultado vai de encontro aos estudos realizados por outros autores abordados já anteriormente, como é o caso de Pereira (2008) e Monteiro (2009).

O papel maioritariamente apresentado pelo tutor na orientação é benéfico à relação tutor/estudante, pois permite uma maior confiança, compreensão e à vontade entre os mesmos. Assim, o tutor torna-se capaz de acreditar no comportamento autónomo do supervisionado com maior facilidade.

Os estudantes afirmam, na sua maioria, não ter sentido falta do docente/monitor durante a execução de procedimentos clínicos, ou seja, é nos permitido afirmar que estes segundos souberam inculcar nos primeiros capacidades crítico-reflexivas, de forma satisfatória e pertinente aquando da execução autónoma das atividades. Desta forma, a Autonomia e a Confiança – esta segunda, necessária à segurança do estudante, quando este expõe as suas dúvidas – surgiram como as categorias com menor número de apreciações negativas apontadas pelos inquiridos.

A relação supervisa é cotada com elevada pontuação e é trabalhada desde o primeiro dia de estágio, apesar de a relação estudante/docente ser considerada esporádica, na sua maioria. Assim, o tutor deve ser uma pessoa com características de integração

peçoal, em equipa e com o cliente, sendo capaz de desenvolver competências práticas no estudante, com aplicação teórica. Ao mesmo tempo, este deve reconhecer as capacidades do supervisor, efetuando sempre uma avaliação imparcial, sendo honesto no que toca a indicar as áreas deficitárias em matéria de formação, conclusões que estão em linha com as alcançadas por Pereira em 2008 e por Monteiro em 2009.

Neste estudo participaram indivíduos de duas escolas (A e B) e nem sempre se verificou concordância entre as questões – os dados foram analisados comparando inquiridos da mesma escola, aquando da utilização de procedimentos estatísticos (coeficiente de correlação e nível de significância). Este fator distinguiu o nosso estudo de outros semelhantes, como é o caso dos de Braga (2007), Pereira (2008) e Monteiro (2009), uma vez que engloba duas realidades (duas instituições de ensino distintas), enquanto os anteriormente mencionados apenas se focaram numa concreta.

Nas respostas concordantes e positivas entre ambas as instituições, encontramos quatro fatores que influenciam a avaliação da orientação disponibilizada pelo tutor, os quais passamos a enunciar: momentos específicos e individualizados de supervisão, sendo todavia realizado um acompanhamento ao longo de todo o estágio, momentos para reflexão sobre assuntos éticos e deontológicos e onde o estudante pode pronunciar as suas dúvidas, questionar-se e esclarecer-se, como referido por Monteiro (2009).

De forma não significativa, são evidenciados dez elementos, dos quais referimos a título de exemplo: o facto de o tutor ter sido apresentado ao estudante no início do ensino clínico, o tipo de conhecimento obtido pelo estudante acerca do serviço/unidades de cuidados antes de iniciar o estágio, o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo docente orientador do estágio e o facto de serem consagradas sessões específicas para discussão de aspetos relativos às experiências clínicas e desenvolvimento global do estágio.

As escolas apresentam assim, diferenças em aproximadamente 55% das respostas. Para os estudantes que frequentam a escola A, a ajuda oferecida pelo tutor/docente na formulação de diagnósticos de enfermagem, assim como o desenvolvimento de uma ação específica para integração no estágio, juntamente com a oportunidade de expressar as suas necessidades teóricas e práticas de formação, no início e durante o mesmo, não esquecendo a própria escola como elemento, são essenciais para uma boa avaliação do tutor.

Já na escola B estas características são consideradas irrelevantes, evidenciando como elementos necessários a preparação que antecede o estágio, juntamente com a ação para a receção (por parte da instituição) e definição do papel e funções (no início do estágio) do estudante. O tipo de acompanhamento disponibilizado pelo respetivo serviço,

sendo o estagiário envolvido nas atividades coletivas de saúde do mesmo, mas sem substituir qualquer elemento, para que exista uma relação colegas/estudante/enfermeiros do serviço favorável (como no estudo elaborado por Monteiro em 2009), são vistos igualmente como elementos essenciais. Os estudantes primam também a relação docente/estudante/tutor, na qual os orientadores têm um papel ativo, demonstram disponibilidade, compreensão face problemas pessoais e incutem no indivíduo em processo de formação espírito de autonomia, estando sempre preparados para um procedimento de avaliação suma/formativa.

Pensamos assim, que a instituição de ensino pode ter um poder significativo no que toca à seleção dos fatores que influenciam a apreciação do tutor e respetiva formação clínica do estudante de enfermagem, tendo também em conta o coeficiente de correlação ( $r$ ) e o nível de significância ( $p$ ) apresentados pela análise do inventário de avaliação do acompanhamento clínico (parte III). Deste modo, pensamos ser importante apostar futuramente em investigações, que se focalizem na compreensão destes factos.

Recorrendo ao modelo ecológico de Bronfenbrenner verifica-se que estão presentes no nosso estudo, sobretudo o *microsistema*, o *mesossistema* e o *cronossistema*.

O *microsistema* tem a ver com os contextos mais próximos da realidade do estudante, como por exemplo a relação com o docente, com o tutor ou com os clientes, sendo estas enfatizadas nos dados recolhidos. O *mesossistema* surge fundamentalmente quando o estudante se refere à relação entre a escola e a instituição de saúde, relação essa que de acordo com os nossos dados deveria ser mais aprofundada na opinião dos inquiridos. Por fim o *cronossistema* remete para experiências anteriores do estudante, aprendizagens e vivências que condicionam a aprendizagem no presente, tais como o primeiro contacto com o serviço, as impressões iniciais acerca dos enfermeiros/colegas/tutores, ou mesmo a relação com o tutor perante um acontecimento marcante positivo ou negativo (sendo que no nosso estudo foram referidos na sua grande maioria acontecimentos positivos).

No que à análise temática de conteúdo diz respeito, apuramos que as categorias com maior número de respostas registadas consistiram no “Desenvolvimento de Competências”, “Estratégias Pedagógicas”, “Relação com Tutor/Equipa” e “Integração na Equipa”, sendo que a grande maioria das respostas (254 num total de 339) foram consideradas como momentos significativos positivos.

A categoria com maior número de unidades de registo positivas encontradas consistiu no “Desenvolvimento de Competências”, sendo os domínios cognitivo e técnico, os mais referidos.

Por outro lado, no que toca às unidades de registo negativas, verificou-se que apenas obtiveram 85 respostas (num total de 339). Da mesma forma, em todas as categorias o número de respostas positivas superou sempre as negativas. Como categoria que englobou o maior número de respostas negativas obtivemos assim as “Estratégias Pedagógicas”, parecendo-nos que, quando mal geridas pelos enfermeiros tutores, poderão perturbar a aprendizagem dos estudantes.

Ao longo do percurso de investigação, fomos deparando com algumas dificuldades/limitações inerentes ao próprio processo. Salientamos o facto de este estudo potenciar uma experiência única e inovadora no nosso percurso como investigadores, sendo igualmente relevante mencionar a falta de mais estudos sobre a temática em investigação.

As conclusões apesar de todos os entraves convergem com o que é suposto estar presente no perfil do tutor, assim como o esperado por parte do mesmo para o cumprimento da sua função.

Para que se tome maior consciência destas “exigências” por parte do estudante, podemos concluir que o tutor deve ser alguém completo, de modo a ter todo o quadro de características necessárias a qualquer supervisor. Para que haja uma boa aprendizagem profissional sugere-se um maior investimento nas formações dirigidas aos enfermeiros com responsabilidades na prática de tutoria, na área da supervisão clínica em enfermagem, com promoção da vertente pedagógica.

Deste modo, pretende-se formar tutores capazes de serem enfermeiros com competências teórico-práticas na sua área de intervenção, capazes de desenvolver autonomia técnica e prática no estudante, inculcando o desejo pelo saber. Por fim, os tutores devem ter a capacidade de criar laços com o estudante de forma a permitir uma relação de proximidade, confiança e segurança, onde a discussão crítica é interpretada como forma de melhoramento.

Face aos resultados deste estudo, e não pretendendo de forma alguma fazer generalizações, parece-nos relevante que o tutor para o desempenho global da sua atividade supervisiva deva possuir uma formação complementar nas seguintes áreas: conceção de cuidados de enfermagem; sistemas de informação; prática reflexiva; ferramentas didáticas; avaliação do ensino-aprendizagem e enfermagem baseada em evidências.

No final desta investigação temos a ideia de ter prosseguido os desígnios iniciais do estudo. Estamos conscientes que o nível de compreensão dos dados trabalhados poderia ser incrementado, caso incluíssemos uma análise dos currículos das duas escolas visadas.

Este não era no entanto o nosso propósito, embora possamos nele investir em futuras investigações.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, W. - *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU, 2001.

ABREU, W. - *Supervisão qualidade e ensinios clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*. Coimbra: Formasau, 2003.

ABREU, W. - *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau, 2007.

ABREU, W. - *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. 2ª ed. Coimbra: Formasau, 2011.

ABREU, W.; CALVARIO, T. - Learning in clinical settings: the perspective of the students. In: *Teoria, vuskum a vzdelavanie v osetrovatel'stve*. Bratislava: Comenius University, 2005. p. 198-209.

ALARCÃO, I. - *Formação reflexiva de professores. Estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora, 1996.

ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. - *Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica*. In: SÁ-CHAVES, I. - *Formação, Conhecimento e Supervisão. Contributos nas Áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000, pp. 143-159.

ALARCÃO, I.; ABREU, W. – Prefácio, 2010. In: *RUA, M. – De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto clínico*. Loures: Lusociência, 2011, pp.13-14.

ALARCÃO, I.; TAVARES, J. - *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2007.

ALARCÃO, I.; RUA, M. - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2005, Vol. 14, 3, pp.373-382.

ALMEIDA, M. - Concepções de discentes e docentes sobre competência na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2004, Vol. 25, 2, pp.184-193.

BARDIN, L. - *Análise de conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70, 2008.

- BARROSO, I. – *O ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem: estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes*. Porto: Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.
- BELL, J. - *Como realizar um projecto de investigação*. Lisboa: Gradiva, 2002.
- BELO, A. - *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: perspectiva do aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2003. Tese de Mestrado.
- BENNER, P. - *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto, 2001.
- BESKINE, D. - Mentoring students: establishing effective working relationships. *Nursing Standard*. 2009, Vol. 23, 30, pp. 35-40.
- BRAGA, F. – *O primeiro ensino clínico em contexto hospitalar: enquadramentos e níveis de ansiedade dos alunos de enfermagem*. Braga: Universidade Católica Portuguesa, 2007. Tese de Mestrado.
- BRONFENBRENNER, U. – *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- CANÁRIO, R. - *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa, 2000.
- CARVALHAL, R. - *Parcerias na formação: papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência, 2003.
- CARVALHO, A. - *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.
- CARVALHO, A. C. - O ensino clínico de enfermagem. *Enfermagem*. 2006, Série II, 42-43.
- CRAIG, J.; SMYTH, R. - *Prática baseada na evidência, manual para enfermeiros*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2004.
- CRUZ, D.; PIMENTA, C. - Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2005, Vol.13, 3, pp. 415-422.
- CRUZ, S. - Valorization of the nurse's tutor characteristics: enhancing the teaching learning process. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 2011, Vol. 29, pp. 280-285.
- CUNHA, M. [et al.] – Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. *Millenium – Revista do ISPV*. 2010, Vol. 38, 1, pp. 271-282.
- DIAS, M. - *Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência, 2006.
- DOMENICO, E.; IDE, C. - Enfermagem baseada em evidências: princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2003, Vol.11, 1, pp. 115-118.

FERNANDES, O. - *Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico, no hospital, no curso de licenciatura*. Porto: Universidade do Porto, 2004. Tese de Doutoramento.

FERNANDES, M. – *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2010. Tese de Doutoramento.

FORTIN, M. - *O processo de investigação: da conceção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

FRAGATA, J.; MARTINS, L. – *O erro em medicina*. 1ª ed. Coimbra: Edições Almedina, 2004.

GALVÃO, C.; SAWADA, N.; TREVIZAN, M. - Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2004, Vol. 12, 3, pp. 549-556.

GARRIDO, A. – Supervisão clínica em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2005, 12, pp. 27-34.

GARRIDO, A.; SIMÕES, J.; PIRES, R. - *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008.

GRAY, M.; SMITH, L. – The qualities of an effective mentor of student nurse's perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 32, 6, pp. 1542-1549.

HYRKÄS, K.; SHOEMAKER, M. - Changes in the preceptor role: re-visiting preceptors' perceptions of benefits, rewards, support and commitment to the role. *Journal of Advanced Nursing*. 2007, Vol. 60, 5, pp. 513-524.

ICN - *Classificação internacional para a prática de enfermagem - versão 2.0*. Geneva: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

MACEDO, A. - *Supervisão em enfermagem: construir as interfaces entre a escola e o hospital*. Santo Tirso: De facto Editores, 2012.

MARQUES, P. [et al.] – *Rumo ao conhecimento em enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João, 2006.

MARTINS, C. – *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009. Tese de Mestrado.

MARTINS, M.; FERNANDES, C. – Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos Clientes submetidos a Artoplastia da Anca. *Revista Referência*, 2009, 11, pp.79-92.

MARTINS, S.; MAURITTI, R.; COSTA, A. – *Condições socioeconómicas dos estudantes do ensino superior em portugal*. Lisboa: Direcção Geral do Ensino Superior, 2005.

MONTEIRO, F. – *Relações supervisivas e desenvolvimento da profissionalidade do aluno de enfermagem*. Porto: Universidade do Porto, 2009. Tese de Mestrado.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Investigação em enfermagem: tomada de posição*, 2006.
- PAIVA, A. - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 2007, Vol. 55, pp. 11-20.
- PARSLOE, E.; LEEDHAM, M. - *Coaching and mentoring*. 2ª ed. Londre: Kogan Page, 2009.
- PEREIRA, J. – *Supervisão da educação clínica em radiologia. Perspectiva do aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Tese de Mestrado.
- PINTO, C. – *Desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2011. Tese de Doutoramento.
- PIRES, R. [et al.] - Supervisão Clínica de alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. 2004, 54.
- POLIT, D.; BECK, C.; HUNGLER, B. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- PORTUGAL. MS. ACS. - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde, 2010.
- QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, 2005.
- RIBEIRO, O.; CUNHA, M. - Contributo dos enfermeiros na formação pré-graduada. *Millenium – Revista do ISPV*. 2010. Vol. 41, pp.123-144.
- RUA, M. – *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência, 2011.
- SÁ-CHAVES, I. - *Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2000.
- SCHÖN, D. - *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- SCOTT, K.; MCSHERRY, R. – Evidence-based nursing: clarifying the concepts for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing*. 2009, Vol. 18, 8, pp.1085-1095.
- SERRA, M. - *Supervisão dos estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos de prática clínica: a perspectiva dos actores*. In: Associação Portuguesa de Enfermeiros/ Investigar para melhor cuidar. Lisboa: APE, 2006.
- SERRANO, M. – *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. Tese de Doutoramento.
- SILVA, D.; SILVA, E. - O ensino clinico na formação em enfermagem. *Millenium - Revista do ISPV*. 2004, Vol. 30, pp.103-118.

SIMÕES, J.; BELO, A.; FONSECA, M.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. - Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2006, 14, pp.3-15.

SIMÕES, J.; GARRIDO, A. - Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de Enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2007, Vol. 16, 4, pp. 599-608.

SIMÕES, J.; ALARCÃO, I.; COSTA, N. - Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência*. 2008, Vol.2, 6, pp.91-108.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.

STEVES, A. - Improving the clinical instruction of student technologists. *Journal of Nuclear Medicine Technology*. 2005, Vol.33, pp.205-209.

VEERAMAH, V. – Effectiveness of the new NMC mentor preparation course. *British Journal of Nursing*. 2012, Vol. 21, 7, pp.413-418.

WATSON, J. – *Enfermagem: ciência humana e cuidar/uma teoria de enfermagem*. 1ª ed. Loures: Lusociência, 2002.



## **ANEXOS**



**ANEXO I – Questionário de Avaliação da Orientação Clínica (CLASI-M)**



**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO  
DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA**

**CLINICAL LEARNING ASSESSMENT INVENTORY- MENTOR  
(CLASI-M)**

Elaborado por:

**Teresa Calvário  
Wilson Correia de Abreu**

Janeiro de 2005

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

Escola: \_\_\_\_\_

**PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FORMANDOS**

- 1 Idade (anos) -----
- 2 Sexo  
 Masculino  1  
 Feminino  2
- 3 Estado civil  
 Solteiro  1  
 Casado  2  
 Viúvo  3  
 Divorciado  4
- 4 Ano curricular  
 Terceiro  1  
 Quarto  2
- 5 Ensino clínico (local)  
 Medicina  1  
 Cirurgia  2  
 Saúde Infantil e Pediátrica  3  
 Saúde Materna e Obstétrica  4  
 Saúde Mental e Psiquiátrica  5  
 Centro de Saúde  6  
 Outro: \_\_\_\_\_  7
- 6 Duração do processo de supervisão (por semana)  
 0 a 5 horas  1  
 5 a 10 horas  2  
 10 a 15 horas  3  
 15 a 20 horas  4  
 20 e mais horas (especifique) \_\_  5

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

- 7 Durante o Curso teve oportunidade de estagiar em serviços similares?  
 Sim  1  
 Não  2
- 8 Número de estágios anteriores  
 1 - 2  1  
 3 - 4  2  
 5 - 6  3  
 Outro especifique: -----   
 \_\_\_\_\_
- 9 Demora média dos utentes (internamento)  
 Menos de uma semana  1  
 1 a 2 semanas  2  
 3 a 4 semanas  3  
 Mais de um mês  4  
 2 ou mais meses  5
- 10 Duração média do estágio\_  
 \_\_\_\_\_ semanas
- 11 A orientação do ensino clínico é efectuada por:  
 Docente da escola  1  
 Tutor  2  
 Ambos  3
- 12 Categoria profissional do tutor ou orientador (se respondeu 2 à questão 11):  
 Enfermeiro  1  
 Enfermeiro graduado  2  
 Enfermeiro especialista  3  
 Enfermeiro Chefe  4  
 Outro: \_\_\_\_\_  5

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

**PARTE II – O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO**

Para cada uma das questões formuladas, indique com uma cruz (X) a resposta que melhor traduz a sua apreciação:

- |    |  |   |                          |
|----|--|---|--------------------------|
| 1  | Na Escola, durante a preparação do estágio, as informações facultadas sobre o mesmo foram:   | Suficientes                                       | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Insuficientes                                     | <input type="checkbox"/> |
| 2  | No início do estágio, ficou bem definido o papel e a responsabilidade do aluno durante a sua permanência no serviço / unidade de cuidados? | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |
| 3  | Antes de iniciar o estágio, que tipo de conhecimento possuía do serviço / unidade de cuidados?   | Muito   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Pouco   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Nenhum  | <input type="checkbox"/> |
| 4  | A instituição onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a recepção dos alunos?   | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |
| 5  | O serviço onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a integração dos alunos?   | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |
| 6  | Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo docente orientador do estágio?  | Presença permanente                               | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Esporádica, mas com períodos de trabalho conjunto | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Esporádica  | <input type="checkbox"/> |
| 7  | Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço onde realiza/ou o estágio?  | Disponibilizou um mentor / tutor                  | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Fui orientado por mais do que um tutor            | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Fui orientado pela equipa                         | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Misto (tutor e equipa)                            | <input type="checkbox"/> |
| 8  | Se foi acompanhado por um elemento específico (mentor, tutor), este foi-lhe apresentado no início do estágio?                              | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |
| 9  | Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, no início do estágio?                                | Sempre  | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Por vezes   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Nunca   | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Sente que teve oportunidade para expressar as suas necessidades em matéria de formação, durante o estágio?                                 | Sempre  | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Por vezes   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Nunca   | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Durante o estágio foi envolvido em actividades com a equipa de saúde?  | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Teve possibilidade de aceder a recursos didácticos para aprofundar os seus estudos?  | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Foi orientado para a realização de um diário de aprendizagem, portefólio reflexivo ou outro instrumento similar?                           | Sim   | <input type="checkbox"/> |
|    |  | Não   | <input type="checkbox"/> |

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

- 14 Foi facultada, antes do estágio, informação sobre a política organizacional em matéria de controlo da infeção hospitalar? Sim   
Não
- 15 Informe-me o docente/tutor sobre a forma como prosseguia os objectivos Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 16 O docente/tutor ajudou-me a formular os diagnósticos de enfermagem Sim   
Não
- 17 Durante o estágio foram disponibilizadas sessões específicas e individualizadas de supervisão das suas experiências clínicas? Em número suficiente   
Em número insuficiente   
Não foram disponibilizadas
- 18 Durante o estágio foram consagradas sessões específicas para discussão de aspectos relativos às experiências clínicas e desenvolvimento global do estágio? Não   
Diariamente   
Ocasionalmente   
Semanalmente, no serviço   
Semanalmente, na Escola
- 19 Durante o estágio foram disponibilizados momentos específicos para reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica? Em número suficiente   
Em número insuficiente   
Não foram disponibilizadas
- 20 O professor (responsável pelo ensino clínico) esteve disponível para o apoiar, quando por si solicitado? Sempre   
Nem sempre   
Nunca
- 21 O docente/tutor proporcionou-me supervisão durante todo o estágio Sim   
Não
- 22 Durante o estágio senti-se à vontade para colocar dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda? Sim   
Não
- 23 O docente/tutor teve em conta os seus problemas pessoais Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 24 Esteve no serviço como elemento supranumerário (para além da equipe habitual)? Sim   
Não, senti que substituí enfermeiros
- 25 Teve oportunidade de conhecer as políticas e práticas do serviço em matéria de qualidade? Sim   
Não
- 26 A sua qualidade de aluno (a) da Escola favoreceu o processo de orientação Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 27 A relação com os enfermeiros do serviço favoreceu a sua aprendizagem Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 28 A relação com o grupo de colegas favoreceu a sua aprendizagem Sempre   
Por vezes   
Nunca

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

---

- |    |  |                                       |
|----|--|---------------------------------------|
| 29 | Sentiu a falta do docente/tutor quando teve de tomar decisões?   | Sempre <input type="checkbox"/>       |
|    |  | Por vezes <input type="checkbox"/>    |
|    |  | Nunca <input type="checkbox"/>        |
| 30 | No final do estágio, no contexto da avaliação, foram-lhe indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação? | Sempre <input type="checkbox"/>       |
|    |  | Por vezes <input type="checkbox"/>    |
|    |  | Nunca <input type="checkbox"/>        |
| 31 | O responsável pelo acompanhamento do ensino clínico estava preparado para o momento de avaliação?                | Sim <input type="checkbox"/>          |
|    |  | Não <input type="checkbox"/>          |
| 32 | Em termos globais, a orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada:                                | Boa <input type="checkbox"/>          |
|    |  | Suficiente <input type="checkbox"/>   |
|    |  | Insuficiente <input type="checkbox"/> |

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

**PARTE III**  
**INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO**

As afirmações que constam do inventário seguinte reportam-se a atitudes, acções ou acontecimentos no decurso do ensino clínico. Com base na apreciação que realizou no final do mesmo, indique até que ponto concorda com essas mesmas afirmações, utilizando a seguinte:

Não concordo Nada	Concordo Pouco	Concordo Bastante	Concordo Muito
1	2	3	4

ACOMPANHAMENTO CLÍNICO		Pontuação			
1	Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor os meus objectivos para o estágio	1	2	3	4
2	Os objectivos negociados entre mim e o docente/tutor eram pertinentes e exequíveis	1	2	3	4
3	Os objectivos negociados entre mim e o docente/tutor eram mensuráveis	1	2	3	4
4	Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados	1	2	3	4
5	O docente/tutor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber qual a minha opinião sobre o assunto	1	2	3	4
6	As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estadio de aprendizagem	1	2	3	4
7	Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor as actividades a desenvolver	1	2	3	4
8	Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor o estilo de acompanhamento facultado	1	2	3	4
9	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo docente/tutor	1	2	3	4
10	O docente/tutor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno(s)	1	2	3	4
11	Na ausência do docente/tutor, senti que a equipa estava a par da minha situação de aprendizagem	1	2	3	4
12	Só tive conhecimento da opinião do docente/tutor sobre a minha aprendizagem no final do estágio	1	2	3	4
13	O docente/tutor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	1	2	3	4
14	As apreciações disponibilizadas pelo docente/tutor estavam focalizadas na minha experiência concreta	1	2	3	4
15	Tive oportunidade de discutir com o docente/tutor as orientações teóricas e filosóficas da assistência	1	2	3	4
16	O docente/tutor ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com a equipe e com os doentes	1	2	3	4
17	Senti-me descontraido nas sessões de supervisão disponibilizadas pelo docente/tutor	1	2	3	4
18	Contei com a ajuda do docente/tutor na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico	1	2	3	4
19	Senti que os meus "tempos" de aprendizagem foram respeitados pelo docente/tutor	1	2	3	4
20	A presença do docente/tutor inibia-me durante a prestação de cuidados	1	2	3	4
21	O docente/tutor foi para mim um exemplo de um "bom profissional"	1	2	3	4
22	O docente/tutor preocupou-se em criar um bom "clima de aprendizagem"	1	2	3	4
23	Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o tutor	1	2	3	4
24	Fiquei satisfeito (a) com a supervisão disponibilizada pelo docente/tutor	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA – CLASI-M

---

**PARTE IV – MOMENTOS SIGNIFICATIVOS**

Os momentos significativos representam transições ecológicas que marcam o processo de aprendizagem do formando, podendo ser avaliados como positivos ou negativos.

1. Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados **como agradáveis** durante o estágio:

---

---

---

2. Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados **como desagradáveis**:

---

---

---

3. Relate uma situação significativa (positiva ou negativa), **na qual o tutor tenha tido uma intervenção activa**.

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração.