

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**MODELO DE FORMAÇÃO REFLEXIVA EM ENSINO CLÍNICO
COM RECURSO À TÉCNICA DE ESPELHAMENTO
IMPACTO NA SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES**

Mestrado em Educação

Carlos Manuel dos Santos Ferreira

1999

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA E EDUCAÇÃO

**MODELO DE FORMAÇÃO REFLEXIVA EM ENSINO CLÍNICO
COM RECURSO À TÉCNICA DE ESPELHAMENTO**

IMPACTO NA SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES

*Dissertação apresentada à Universidade de Évora para
obtenção do Grau de Mestre em Educação, na Área de
Administração Escolar.*

Orientador: Prof. Doutor Luís Marques Barbosa



102965

Carlos Manuel dos Santos Ferreira

1999

*“O que será melhor,
desejar ardentemente sonhar,
fazer projectos e procurar realizá-los
correndo o perigo de frustração e do insucesso,
ou contentar-se, renunciar?”*

(Francisco Alberoni)

*Pela e para a
inovação pedagógica*

Agradecimentos

Porque um trabalho, por muito modesto que seja, não é possível realizar só com o empenhamento e esforço de uma pessoa, queremos vivamente expressar a nossa gratidão:

- À Universidade de Évora e ao Senhor Prof. Doutor Victor Trindade, Coordenador do Mestrado, pela oportunidade que nos deram em frequentar este Curso.*
- Ao Senhor Prof. Doutor Luís Barbosa, pela orientação, apoio e disponibilidade, durante a realização deste estudo.*
- Às colegas de trabalho Fátima Luzio e Nazaré Cerejo (colaboradoras directas no terreno), bem como à nossa amiga Nídia Salgueiro, Enfermeira professora, aposentada.*
- Aos estudantes que se disponibilizaram a colaborar neste estudo, pedra basilar na sua consecução.*
- Aos colegas do Curso de Mestrado, pelas vivências e projectos partilhados.*
- À minha família e aos meus amigos que compreenderam e aceitaram os muitos momentos de ausência.*

A todos os que se interessaram e preocuparam, implícita ou explicitamente, com a consecução deste estudo, o nosso

MUITO OBRIGADO

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	10
PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1 – SATISFAÇÃO	15
1.1 – ALGUNS ESTUDOS EMPÍRICOS	21
2 – RELAÇÕES INTERPESSOAIS	24
3 – AUTONOMIA FACE À FORMAÇÃO	28
4 – RESPONSABILIZAÇÃO FACE À FORMAÇÃO	31
5 – SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO	36
6 – FORMAÇÃO	42
6.1 – FORMAÇÃO REFLEXIVA	46
7 – EVOLUÇÃO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	49
7.1 – ENSINO CLÍNICO / PRÁTICAS PEDAGÓGICAS	50
7.2 – MODELOS DE FORMAÇÃO	57
7.3 – QUE MODELO PARA O ENSINO CLÍNICO?	63
8 – INOVAÇÃO PEDAGÓGICA	65
SEGUNDA PARTE - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	69
1 – DESENHO METODOLÓGICO	70
1.1 – OBJECTO E TIPO DE INVESTIGAÇÃO	70
1.2 – PRINCÍPIOS DEONTOLÓGICOS	75
1.3 – HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO	76
1.4 – VARIÁVEIS	77
1.4.1 – Variável Independente	78
1.4.2 – Variável Dependente	78
1.5 – DETERMINAÇÃO DA POPULAÇÃO	82
1.6 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	83
2 – CONCEPÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO	85
2.1 – CARACTERÍSTICAS DO MODELO EXISTENTE E DO MODELO QUE SE PRETENDE IMPLEMENTAR	85

	Pág.
2.2 – PROCESSO DE APLICAÇÃO DO MODELO	93
2.3 – DURAÇÃO / APLICAÇÃO	96
2.4 – AVALIAÇÃO.....	96
3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	98
3.1 – ENTREVISTA EXPLORATÓRIA	98
3.2 – OBSERVAÇÃO PARTICIPADA	99
3.3 – QUESTIONÁRIOS.....	100
3.3.1 – Pré-Teste	101
3.3.2 – Aplicação do Questionário-B	101
3.3.3 – Tratamento dos Dados	102
TERCEIRA PARTE – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	103
1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	104
1.1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLHIDOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO-A	104
1.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLHIDOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO-B.....	108
1.2.1 – Relações Interpessoais	108
1.2.2 – Autonomia Face à Aprendizagem	113
1.2.3 – Responsabilização Face à Aprendizagem	118
1.2.4 – Supervisão em Estágio	123
1.3 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO INFERENCIAL	134
QUARTA PARTE – CONCLUSÕES.....	139
1 – CONCLUSÕES / PISTAS DE ESTUDO.....	140
BIBLIOGRAFIA.....	152
 ANEXOS	
ANEXO I – Guião da Entrevista	
ANEXO II – Tratamento Qualitativo dos Dados Obtidos nas Entrevistas Exploratórias	
ANEXO III – Questionário-A	
ANEXO IV – Tratamento Qualitativo dos Dados Obtidos no Questionário-A	
ANEXO V – Questionário-B	
ANEXO VI – Tratamento Qualitativo dos Dados Obtidos no Questionário-B	

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – A satisfação como resultado das expectativas	16
Figura 2 – As etapas do ciclo motivacional, envolvendo a satisfação de uma necessidade.....	16
Figura 3 – Etapas do ciclo motivacional com barreira/frustração.....	17
Figura 4 – Hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow.....	19
Figura 5 – Processo desenvolvido pelo estudante, agente na sua formação	20
Figura 6 – Características pessoais e técnicas do supervisor	39
Figura 7 – Elementos de um possível esquema funcional de formação	45
Figura 8 – Síntese da apreciação crítica negativa aos vários modelos	61
Figura 9 – Desenvolvimento cultural de uma organização.....	68
Figura 10 – Técnica de Espelhamento.....	88

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Comparação entre os scores obtidos pelos grupos de estudo e de comparação, nas quatro dimensões da variável satisfação da variável satisfação	129

LISTA DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Competências do adulto em formação	32
Quadro 2 – Características do adulto em formação	33
Quadro 3 – Funções e competências fundamentais do supervisor	40
Quadro 4 – Distribuição da carga horária do Curso Superior de Enfermagem.....	52
Quadro 5 – Modelos de Pedagogos Clássicos	59
Quadro 6 – Modelos de Pedagogos Contemporâneos.....	60
Quadro 7 – Distribuição dos estudantes por grupos, sexo e idade	83
Quadro 8 – Diferenças existentes entre o modelo seguido na formação dos estudantes e o modelo que se pretende implementar	86
Figura 10 – Técnica de Espelhamento.....	88
Quadro 9 – Suporte à conceptualização do modelo seguido em ensino clínico.....	90
Quadro 10 – Respostas dos estudantes às questões colocadas no questionário-A	106
Quadro 11 – Dimensão “Relacionamento interpessoal”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos	109
Quadro 12 – Dimensão – Relacionamento interpessoal - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha, por item.....	112
Quadro 13 – Dimensão “Autonomia face à formação”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos	114
Quadro 14 – Dimensão – Autonomia face à formação - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha, por item.....	117
Quadro 15 – Dimensão “Responsabilização face à formação”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos	119

Quadro 16 – Dimensão – Responsabilização face à formação - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha por item	122
Quadro 17 – Dimensão “Supervisão em estágio”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos	124
Quadro 18 – Dimensão – Supervisão em estágio - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha, por item.....	127
Quadro 19 – Distribuição dos scores esperados e obtidos nas quatro dimensões pelos grupos de estudo e de comparação	128
Quadro 20 – Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, que deram a sua opinião – “O espaço que se segue permite-lhe clarificar alguma(s) resposta(s) ou fazer observações/sugestões que considere pertinente”	130
Quadro 21 – Categorias e indicadores resultantes da opinião dos estudantes dos dois grupos – “O espaço que se segue permite-lhe clarificar alguma(s) resposta(s) ou fazer observações/sugestões que considere pertinente.....	131
Quadro 22 – Distribuição dos scores segundo os níveis de satisfação conseguidos pelos grupos de estudo e de comparação.....	134
Quadro 23 – Distribuição da idade dos elementos dos grupos em estudo	135
Quadro 24 – Distribuição do sexo dos elementos dos grupos em estudo	135
Quadro 25 – Diferença de médias entre o grupo de estudo e de comparação	136
Quadro 26 – Comparação entre a satisfação dos estudantes do sexo masculino e do sexo feminino dos dois grupos.....	137
Quadro 27 – Correlação existente entre a idade e a satisfação nas várias dimensões, para o grupo de estudo e de comparação.....	138

INTRODUÇÃO

Ao longo da nossa existência temos constatado que a satisfação constitui um sentimento de extrema importância na vida do Homem. Pessoas satisfeitas desempenham as suas actividades com mais vigor, com mais certeza e com mais saúde, atingindo elevados níveis de desempenho, numa interacção mais profícua com o meio envolvente. Embora a satisfação seja um estado desejado e perseguido por todos, ele está frequentemente ausente do nosso quotidiano, em parte, devido às incertezas e conflitos sociais e planetários que coabitam permanentemente connosco.

Pelo exposto, e transpondo-nos para a esfera educativa, consideramos que a satisfação com que os estudantes o vivem, a relação pedagógica é uma variável a que deve ser dada extrema importância, contudo, pelo que nos é dado observar, hoje ela está presente numa minoria de formandos, referindo Dortu (1993), que os jovens estudantes ocidentais também sofrem de não satisfação, aborrecimento, ansiedade e frustração, manifestando alterações de saúde, observáveis tanto ao nível físico como psíquico.

Através da nossa experiência profissional temos vindo a constatar que os estudantes nem sempre atingem o nível de satisfação esperado, especialmente durante a formação em ensino clínico, em nossa opinião, devido a duas razões principais:

- A escola, embora inserida numa sociedade de grandes mudanças, persiste em seguir modelos de ensino-aprendizagem pouco sedutores para os jovens da nova era;
- O *ratio* professor-estudante não permite estabelecer um acompanhamento eficiente a nível técnico e relacional, sendo difícil a interacção entre os formandos e os formadores, quer em contexto pedagógico, quer fora dele.

Assim, o tema que pretendemos estudar, *Nível de Satisfação dos Estudantes do 2º Ano do Curso de Enfermagem, em Ensino Clínico*, em meio hospitalar, em serviços de Cirurgia, Medicina e Ortopedia, permitir-nos-á, num contexto de mudança das práticas, identificar alguns factores de não satisfação dos nossos formandos, já que o momento de

estágio se reveste de muitas expectativas e dificuldades para os estudantes.

Relativamente às expectativas, algumas são goradas, na medida em que os estudantes de enfermagem se deparam com um Sistema Nacional de Saúde onde as várias limitações, contradições e pesada burocracia dificultam o atendimento dos doentes entregues aos cuidados da equipa de saúde. No que se refere às dificuldades, elas são múltiplas, não só pela socialização intensa que os estudantes têm que fazer, face ao que foi referido anteriormente, como pelo facto da sua actuação se desenvolver em torno do saber, do saber ser e do saber fazer.

Para proporcionarmos aos estudantes um ambiente facilitador de aprendizagem contextualizada, em meio hospitalar, não devemos dissociar as práticas pedagógicas das suas necessidades educativas a nível técnico, científico, cultural e afectivo, pelo que aos estudantes deve ser permitido gerir a sua aprendizagem sob orientação do professor e dentro de um clima de empatização permanente.

Embora nos encontremos perante estudantes em formação inicial, como adultos que são, a sua aprendizagem não está confinada ao círculo restrito da escola. Com o progresso veloz que se verifica no campo das tecnologias educativas, cada um pesquisa e aprende em função dos recursos disponíveis, proporcionando desse modo o aparecimento de diferentes projectos pessoais. Baseados nos pressupostos anteriores e tendo em conta a sociedade actual, modelada pelos vastos contributos científicos e tecnológicos, reconhecemos que os actuais modelos educativos pouco têm para oferecer aos formandos. Ao invés, embora toda a acção política se desenvolva num contexto de rendimento económico/lucro imediato, os estudantes necessitam de modelos que permitam uma aprendizagem mais personalizada, onde eles tenham uma palavra a dizer e onde possam desenvolver as suas potencialidades, e aprendam a gerir os seus interesses pedagógicos (Dupont e Ossandon, 1998).

Quando é acentuada a distância entre as expectativas do trabalho e os resultados conseguidos, não só surge a não satisfação como a desmotivação para novas actividades (Graça, 1989). Transportando para a nossa realidade, tem sido esse sentimento que temos

vindo a observar nos estudantes. Quando o primeiro estágio não correspondeu às expectativas do estudante, no segundo, ele demora mais a envolver-se, apresentando por vezes forte desmotivação para prosseguir na sua formação.

Implicados em levar a termo um velho projecto pessoal, propusemo-nos organizar e aplicar um modelo de formação reflexiva, inspirado nas teorias de vários pedagogos (Coménio, Rousseau, e outros), bem como em autores contemporâneos (Alarcão, Barbosa, e outros), que por sua vez decantaram essas teorias.

Este modelo encerra em si quatro estratégias, ou seja, permite que:

- Os estudantes, no início do estágio elaborem objectivos pessoais, a partir dos objectivos apresentados pela escola para aquele momento formativo;
- Os estudantes convidem um colega do grupo a formar dupla de trabalho, a fim de desenvolver a aprendizagem cooperativa;
- O professor estimule os estudantes a seleccionarem os doentes a quem pretendem prestar cuidados, de acordo com as suas necessidades e interesses pedagógicos;
- Os estudantes reflectam sobre a acção, usando a técnica de espelhamento como medida preventiva de erros de idêntica natureza.

Com este modelo, pretendemos que os estudantes aprendam a reestruturar a sua aprendizagem em cooperação com os colegas do grupo e com o supervisor (enfermeiro ou professor), permitindo a cada formando tornar-se o agente principal da sua formação, responsabilizando-se pelo nível do seu sucesso escolar, desenvolvendo a autonomia e a auto-estima. Nesse contexto de formação, acreditamos que os estudantes, ao mesmo tempo que vão estruturando a aprendizagem, vão vendo no professor/supervisor uma pessoa mais disponível para os ajudar do que para avaliar insucessos.

Foi possível iniciar o nosso estudo após um contrato negociado com os estudantes, em que os mesmos aceitaram envolver-se nesta acção. Como houve um propósito de envolvimento de duas colegas e de três grupos de estudantes em estágio, não era lícito pensarmos num período estaque para desenvolvermos o nosso trabalho, mas permitir que

tudo acontecesse num ambiente de confiança, empatia e crescimento mútuo, pelo que este processo foi desenvolvido num contexto de investigação-acção, baseado em Elliot (1990), implicando não só os professores e estudantes que aceitaram envolver-se no estudo, bem como outros colaboradores que se debruçaram sobre o assunto, participando em reuniões de planeamento das intervenções e avaliação do processo e produto. A estes foi dada informação e formação e deles receberam-se sugestões, na medida em que também foram actores na investigação. Houve ainda necessidade de negociar com os enfermeiros chefes dos campos de estágio, uma vez que o modelo seguido era estranho para os enfermeiros dos locais de estágio.

Uma vez que esta modalidade de investigação necessita de um longo período para se desenvolver, houve necessidade de programar reuniões iniciais, intermédias e finais, tanto com os professores como com os estudantes a colaborar no estudo, a fim de preparar, aperfeiçoar e avaliar o processo, para partilhar a informação e o saber que se foi adquirindo.

Com este estudo, pretendemos verificar o impacto do modelo no nível de satisfação dos estudantes e sugerir alternativas à formação dos mesmos, durante o ensino clínico.

A fim de materializarmos os nossos objectivos, no nosso estudo, utilizámos metodologia qualitativa e quantitativa, tratada respectivamente, através da análise de conteúdo e do programa estatístico SPSS 8.1 – *Stastic Package for Social Sciences*.

O trabalho, além da introdução, é desenvolvido e apresentado em quatro partes. A primeira, contempla o enquadramento teórico do estudo. A segunda parte contém o enquadramento metodológico e refere os instrumentos utilizados na recolha de dados. Dão corpo à terceira parte o tratamento e análise dos dados e por último, a quarta parte, apresenta as conclusões do estudo.

Conscientes da pertinência e limitações do nosso trabalho, consideramos que se o processo formativo implementado pode ser extensivo a outras escolas, o mesmo não deve acontecer com os resultados, uma vez que a amostra de onde eles emergem não é significativamente representativa para o efeito.

PRIMEIRA PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“A função docente face aos novos contextos em que é desenvolvida é, também objecto de estudo.”

BARBOSA, L. (1997)

1 – SATISFAÇÃO

A avaliar pela diversidade de definições e conceitos existentes do vocábulo *satisfação*, parece-nos que ele se reveste de alguma complexidade, devido às questões teóricas que surgem em torno do seu significado. Assim, segundo Costa e Melo (1998), a palavra *satisfação*, etimologicamente de origem latina *satisfactione*, significa “acto ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria; aprazimento”.

Embora no quotidiano nos seja relativamente fácil estabelecer a diferença entre uma pessoa satisfeita e outra não satisfeita, como verificamos, a *satisfação* é definida através de termos subjectivos.

A *satisfação* surge após a obtenção de resultados esperados e entendidos como recompensa do trabalho desenvolvido (Graça, 1989). Na perspectiva deste autor, se se verificar grande distância entre as expectativas do trabalhador e os resultados que na realidade consegue atingir, surge a não *satisfação*, decorrendo daí a desmotivação para novas actividades.

A figura 1 pretende apresentar alguns factores, que influenciam a *satisfação*, e põe em relevo a necessidade da existência de um processo de retro-informação sem a qual a mesma não se consegue. Para o desempenho concorrem tanto a motivação como o esforço físico e intelectual, sendo esta estreita relação que associadas às características individuais e às condições de trabalho, conduzem a resultados propiciadores de *satisfação* ou não *satisfação*, de acordo com a obtenção ou não das expectativas (Graça, 1989).

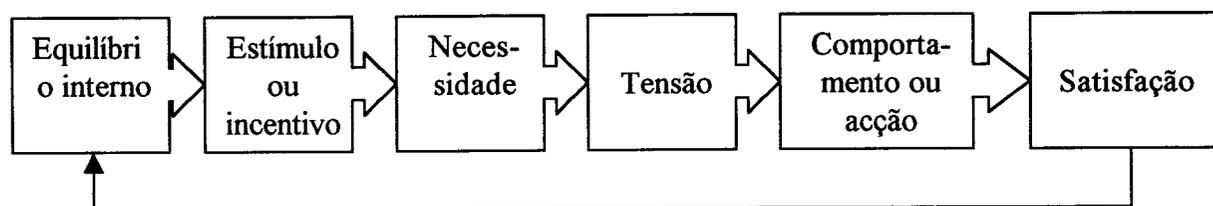
Figura 1 – A satisfação como resultado das expectativas



Fonte: Adaptado de GRAÇA, L. (1989) - O que é que faz correr o chefe?. *Dirigir*, (6), Lisboa.

Chiavenato (1987a), entende a satisfação como o resultado de um ciclo motivacional, que apresenta esquematicamente.

Figura 2 – As etapas do ciclo motivacional, envolvendo a satisfação de uma necessidade



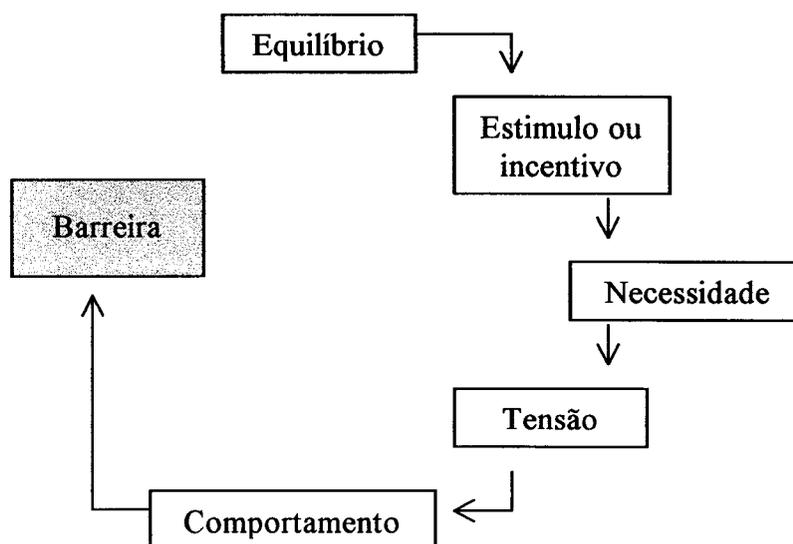
Fonte: CHIAVENATO, I. (1987a) – *Administração de recursos humanos* (2ª ed.) Vol. 1. São Paulo: Atlas (p. 81).

Segundo a figura 2, consideramos que se atinge a satisfação com o culminar de uma necessidade, recuperando-se o equilíbrio interno, até que novo estímulo desencadeie nova necessidade, surgindo novo ciclo motivacional.

Como é do senso comum, com maior ou menor frequência surgem obstáculos ou barreiras impeditivas à satisfação das necessidades, ocasionando a frustração, situação desgastante para o organismo na sequência da mobilização de energias que acarreta e das reacções compensatórias (Chiavenato, 1987b).

Pela figura 3 verificamos que, ao contrário da figura (anterior), o ciclo motivacional não se completa devido ao aparecimento de barreiras ou obstáculos impeditivos à satisfação das necessidades, o que poderá provocar nos estudantes reacções mais ou menos descompensatórias. A tensão acumulada pode manifestar-se psicologicamente, através de comportamentos de descontentamento, apatia, indiferença ou agressividade, ou mesmo, alterações cardíacas e digestivas, entre outras (Chiavenato, 1987a).

Figura 3 – Etapas do ciclo motivacional com barreira/frustração



A necessidade, para Chiavenato (1992), é tida como:

“uma força dinâmica e persistente que provoca o comportamento. Toda vez que surge uma necessidade esta rompe o estado de equilíbrio do organismo, causando um estado de tensão, insatisfação, desconforto e desequilíbrio” (p. 67).

Nesse contexto, Fachada (1991), considera que, a necessidade gera sempre um impulso ou motivo que leva o sujeito a atingir a satisfação, enquanto que O’Meara et al (1988), consideram que associado às necessidades humanas encontra-se a motivação e Brunner, refere que a motivação é a condição que predispõe o indivíduo para a aprendizagem (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

Assim, foi nos primórdios do século XX que Thorndike, através da famosa “lei do efeito” conseguiu validar experimentalmente a interligação entre a aprendizagem e a motivação, defendendo que a aprendizagem é fortalecida quando é seguida de um estado de satisfação vivido pelo estudante (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

Por sua vez, Fachada (1991), entende que a motivação, sendo um estado interno, resulta de uma necessidade sentida, que para Trigo-Santos (1996), “esta definição é influenciada pelas chamadas “Psicologias da Necessidade”, que derivam principalmente do trabalho de Maslow” (p. 39). Neste contexto, consideram que Abraham Maslow foi um destacado psicólogo e um dos maiores especialistas em motivação humana, que defendeu a existência de uma ordem para a satisfação das necessidades, que influenciam o comportamento humano, hierarquizando-as em cinco níveis (Fachada, 1991).

Figura 4 – Hierarquia das necessidades humanas, segundo Maslow



Fonte: CHIAVENATO, I. (1987a) – *Administração de recursos humanos* (2ª ed.) Vol.1. São Paulo: Atlas (p.84).

Maslow, apresentou as necessidades hierarquizadas porque, à medida que o homem consegue satisfazer as necessidades básicas, as mais elevadas vão predominando no seu comportamento (Chiavenato, 1987a). As pessoas transportam para o local de trabalho as suas atitudes, interesses e necessidades (Stoner, 1985). Analogicamente, consideramos que os nossos estudantes, durante o ensino clínico, chegam aos campos de estágio em idênticas condições.

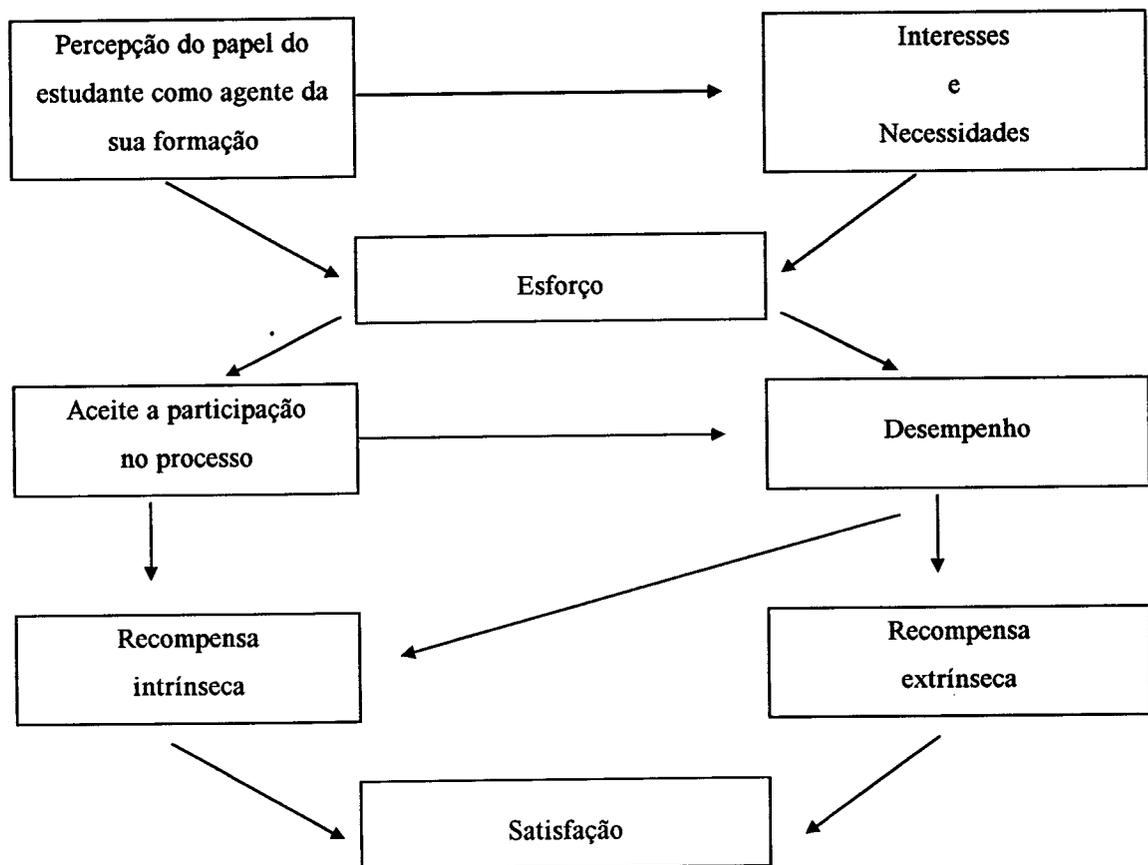
Se os estudantes adoptarem uma atitude pedagógica de autonomia e responsabilização face à formação, o que significa sentirem-se parte integrante do processo ensino-aprendizagem, e esta lhes for recusada explícita ou implicitamente, eles, à semelhança dos operários de uma empresa, “ficarão frustrados com uma necessidade de participação, não satisfeita e, provavelmente, não responderão às oportunidades ou aos incentivos de ordem mais elevada” (Stoner, 1985, p. 305).

Segundo a opinião dos vários autores já referidos, como pretendemos esquematizar através da figura 5, os estudantes que se consideram agentes da sua formação demonstram

interesses e necessidades pedagógicas concretas. Reúnem esforços no sentido de tomar parte activa no processo ensino-aprendizagem, a fim de, com mais ou menos orientação do professor se envolverem num desempenho de acordo com os seus interesses e necessidades presentes.

O percurso feito até ao momento, por si só, recompensa-os intrinsecamente. Se os resultados obtidos corresponderem às expectativas, haverá lugar à recompensa extrínseca. Quer numa situação ou na outra, ou nas duas, acontecerá um maior ou menor nível de satisfação.

Figura 5 – Processo desenvolvido pelo estudante, agente na sua formação



Fonte: Inspirado em FACHADA (1991) e SPRINTHALL e SPRINTHALL (1993).

Se este processo ocorrer, com base no que defende Stoner (1985), para os trabalhadores, também os estudantes acabarão por satisfazer as necessidades secundárias (sociais e de estima), na medida em que a aprendizagem é social e desenvolvida em

ambiente social. Relativamente à necessidade de estima, ela pode ser satisfeita, se o professor reconhecer que os estudantes são competentes para desenvolverem a sua aprendizagem, num contexto pedagógico de autonomia e responsabilização.

Transpondo para a nossa realidade a opinião de Graça (1989), os estudantes satisfazem a necessidade de estima ao sentirem-se prestigiados em participar activamente no processo de ensino-aprendizagem da sua formação. Embora o nosso estudo se situe na área educativa, verificamos através da revisão da literatura, que há um grande número de trabalhos na área da *satisfação profissional*, na medida em que tanto os teóricos, como especialmente os gestores e administradores de empresas lhe têm dedicado grande parte da sua atenção. Quanto mais elevado for o nível de satisfação dos trabalhadores de uma empresa, maior será a sua produtividade (Graça, 1989).

Daí que Stoner (1985), baseando-se em Mayo, tenha encontrado uma forte correlação entre o nível de produção das empresas e o nível de satisfação dos operário. E para o conseguir, bastava o reconhecimento das necessidades sociais dos trabalhadores, levando-os a sentirem-se úteis e importantes, num contexto de boas relações interpessoais no próprio local de trabalho e de uma forma mais generalizada, procura compreender em que medida as consequências duma acção passada influenciam ou determinam acções futuras, dentro dum processo de aprendizagem.

1.1 – ALGUNS ESTUDOS EMPÍRICOS

SATISFAÇÃO DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Também na área do ensino de enfermagem, Campos (1994), desenvolveu um trabalho de pesquisa com estudantes dos três anos da formação inicial, da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, em Coimbra, centrado na avaliação curricular, pretendendo essencialmente identificar se:

- Os estudantes foram considerados agentes da sua formação e orientados num contexto de “auto-formação participada”;

- O currículo foi desenvolvido numa articulação “horizontal e vertical da formação”;
- Os docentes apresentavam formação capaz de dar resposta às actuais exigências.

Perante os resultados obtidos, a autora citada concluiu que os estudantes não foram incentivados a desenvolver pesquisa bibliográfica, houve discrepância a nível da supervisão dos docentes e não foi harmoniosa a articulação vertical e horizontal durante a formação. Embora não estando explícito, as conclusões apresentadas levam-nos a inferir, que os estudantes não tiveram motivos para atingir um elevado nível de satisfação.

Mais próximo da nossa temática, Cruz (1996), desenvolveu um estudo junto de 130 estudantes (população dos três anos) do Curso Superior de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias, em Castelo Branco. Ao pretender identificar o “Grau de satisfação dos alunos quanto ao processo de supervisão do ensino clínico e quanto ao modo como nele participam os diferentes actores educativos”, concluindo que:

- No decurso do ensino clínico, a supervisão correspondeu sempre às expectativas apenas para 42.5% dos estudantes;
- A supervisão foi sentida como um processo de ajuda por 43% dos formandos;
- De entre os estudantes, 33.9% consideraram a supervisão como um momento de chamadas de atenção e 23.1% como espaço de avaliação de insucessos.
- Testando as hipóteses, a autora verificou haver não satisfação nos alunos quanto ao processo de supervisão utilizado, bem como quanto ao modo como nele participam os diferentes actores educativos.

SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Dos estudos encontrados sobre satisfação profissional nos enfermeiros, apresentamos os que de uma ou outra forma mantêm alguma proximidade com o nosso trabalho.

Slavitt et al (1978), pretenderam identificar o nível de satisfação profissional em unidades de cuidados ambulatoriais. Para o efeito seleccionaram seis factores relacionados com a satisfação: autonomia, requisitos de tarefa, requisitos operacionais, interacção, pagamento e estatuto/prestígio profissional. Com o estudo, os autores concluíram que a variável mais valorizada como factor de satisfação, foi a autonomia; a segunda posição foi para o estatuto profissional; o salário surgiu em terceiro lugar; por sua vez, requisitos de tarefa em quarto lugar; a quinta e última posição foi para interacção e requisitos organizacionais.

Um dos estudos desenvolvidos por Abreu, referido por Santos (1995), procura identificar a relação existente entre a satisfação profissional do pessoal de enfermagem e o seu envolvimento organizacional, utilizando a Escala de Porter (1961). O autor concluiu que:

- De uma forma global, 49.24% dos enfermeiros, a maioria relativa, apresentam-se satisfeitos; muito satisfeitos encontram-se 17.10% e muito insatisfeitos 16.02%.
- Verificando a satisfação por tipo de necessidades, à excepção das fisiológicas, 70.00% dos enfermeiros estão satisfeitos perante a necessidade de segurança. Encontram-se insatisfeitos na necessidade de auto-realização 20.53% dos enfermeiros. Relativamente às necessidades sociais, 30.00% apresentam-se muito satisfeitos e 25,08% muito insatisfeitos na necessidade de auto-realização.

2 – RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Vivendo o homem em sociedade, seja qual for o seu estado ou actividade que desenvolva, enriquecer-se-á progressivamente no domínio das relações interpessoais, à medida que aprofundar a compreensão de si próprio e dos outros, para conjuntamente se empenharem na resolução dos problemas sociais.

Nas inúmeras situações particulares, as relações interpessoais centram-se em conteúdos ou assuntos com elas directamente relacionadas. Elas diferem do ambiente familiar para o local de trabalho: no primeiro predominarão os conteúdos de índole pessoal, enquanto que no segundo dominarão os conteúdos de carácter objectivo e profissional. No presente contexto, abordaremos a importância das relações interpessoais resultante da tríade professor-estudante-doente, uma vez que são os actores principais do nosso estudo e, havendo um enriquecimento substancial no plano relacional entre formando e formador, como entende Plenchette (1992), está criado o ambiente para que o mesmo se verifique entre estudante-doente.

Assim, as alterações que ultimamente se têm verificado na sociedade e consequentemente no sistema educativo, provocaram mudanças a nível da educação e da profissão docente (Jesus, 1997). À escola é pedido que deixe de ser o local onde se ensina e passe a ser o local onde se aprende, a fim de que o ensino não continue a seguir o modelo reducionista, em que o professor é tido como detentor e transmissor do saber, e o aluno ou estudante o seu receptor. No presente “cada vez mais a eficácia do professor no processo de ensino-aprendizagem passa não apenas pelos seus conhecimentos específicos no plano dos conteúdos programáticos, mas também pelo seu sucesso no plano da relação pedagógica” (Jesus, 1997, p. 5).

Se considerarmos que efectivamente:

“O professor é uma pessoa, não a encarnação abstracta de uma exigência escolar ou um canal estéril através do qual o saber passa de

geração em geração (...) se assim for talvez importe menos que o professor cumpra todo o programa estabelecido ou utilize os métodos audiovisuais mais apropriados; o que mais importa é que ele seja congruente, autêntico nas suas relações com os alunos” (Rogers 1970, p. 260).

É o professor que se deve aproximar do formando, “não porque **desça** ou **suba**, não porque seja **menos** ou **mais importante**, mas porque entre os dois, é ele o profissional da educação” (Carvalho, 1997b, p. 47).

Na mesma perspectiva, Rogers (1970), defende que o professor, na qualidade de promotor do desenvolvimento humano, deve orientar-se por uma relação não directiva, aquando do desempenho das suas funções.

O ensino assente numa filosofia directivista não disponibiliza o professor para compreender o estudante na sua globalidade, como ele deve ser entendido, “nas suas vertentes diacrónica e sincrónica, isto é, na história da sua vida e no contexto da sua actuação” (Alarcão, 1993, p. 8).

Na procura de um desenvolvimento equilibrado das relações interpessoais, Tavares (1993), procurou desenvolver um modelo de matriz rogeriana, com três fases distintas:

- “1) Fase de facilitação - em que predominam os sentimentos de empatia, de respeito, de calor humano;*
- 2) Fase de transição - em que o realismo, a autenticidade, a abertura de si mesmo e a disponibilidade se impõem;*
- 3) Fase de execução - acção frontal, interpelativa em que se atacam os problemas de frente e sem rodeios, bem como as situações concretas que se apresentam.”(p. 22)*

É de realçar a sequência lógica da interligação das três fases do modelo, sugestivas de um harmonioso desenvolvimento das relações interpessoais, a ter em atenção não só no contexto educativo do sujeito, mas também no seu quotidiano, sobretudo no âmbito dos “aspectos cognitivos, afectivos e sociais” (Tavares, 1993, p. 22).

Seguindo a mesma linha de pensamento, em contexto educativo, aluno e professor, como desempenham papéis diferentes, claramente são estudantes diferentes, devendo no entanto ser construída uma relação interpessoal diferenciada, sempre num contexto de verdade



e autenticidade, onde se verifique o reconhecimento entre os intervenientes da relação (Tavares, 1993).

Neste momento consideramos pertinente referir Silva e Cardoso (1993), que com base em Rogers, equacionam cinco princípios básicos que poderão servir de guião aos formadores, no desenvolvimento das relações interpessoais com os estudantes:

- Autenticidade - ser “congruente” e real nas relações com os estudantes;
- Aceitação e compreensão empática - aceitar o estudante tal como ele é, compreendê-lo segundo o seu ponto de vista e não do ponto de vista do professor;
- Motivação da criatividade - estimular o estudante a ser ele próprio;
- Ajuda – desenvolver uma relação de ajuda transparente;
- Confiança no ser humano - acreditar que o estudante tem capacidade para desenvolver as suas potencialidades.

Após a breve abordagem da temática, relações interpessoais, na vertente professor-estudante, debruçar-nos-emos sobre a vertente estudante-doente, área não menos problemática que a anterior.

Todos sabemos, através dos órgãos de comunicação social, que os encargos públicos são elevados. As despesas com a saúde aumentaram vertiginosamente, contudo, em nossa opinião, não faz sentido que o equilíbrio dos gastos da função pública passe, por exemplo, pela global redução do número de enfermeiros, que seguramente é responsável pela baixa de qualidade no atendimento aos doentes. Para Lazure (1994), é uma falta de respeito para com o doente, considerando-se a necessidade de respeito uma das necessidades humanas mais profundas, além de que: “respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver da forma que lhe é mais satisfatória” (Lazure, 1994, p. 51).

Por seu lado, Botelho (1995), alerta que, “confrontamo-nos diariamente com a desumanização que ameaça a dignidade humana e a perda do sentido de vida (...) o homem de quem cuidamos está cada vez mais só no seu sofrimento” (p. 37).

Manoukian e Masseur (1995), referem que tanto a competência como a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros são postos em causa, quer pelo doente como pela família, porque “é com o seu corpo, sua palavra e sua afectividade que se entra em relação (...) a afectividade é o elemento central. Nós podemos dizer que ele é o coração das relações” (p. 9). Essa relação deve basear-se na comunicação interpessoal, que pode ser usada no controlo da incerteza e na redução da ansiedade, além de poder minimizar os riscos de erro ou de deficiente interpretação de qualquer das partes (Monharet et al, 1996).

Contudo, é importante não nos esquecermos que tanto os estudantes como os enfermeiros também são pessoas e, ao cuidar e comunicar fazem-no com “a cabeça, com os conhecimentos, o saber, o discernimento, (...) as estratégias, o coração, as emoções, os sentimentos, as atitudes (...) estes elementos formam um todo e influenciam-se reciprocamente” (Monharet, 1996, p. 11).

Acreditamos que estão a emergir novos paradigmas, e por isso, nas escolas de enfermagem se dá grande incremento à vertente relacional durante o atendimento ao doente, como é defendido por Collière (1989) e Barber (1993), ao referirem que a relação durante a prestação dos cuidados ao doente pode transmitir-lhe confiança e segurança, além de poder desempenhar uma importante função terapêutica, e isto tem tanto mais sentido, quanto se tem vindo a alertar para o perigo do doente ser desumanizado, devido ao avanço tecnológico, apelando para que durante a formação em enfermagem se enfatize a relação que deve existir entre o enfermeiro e o doente. Na mesma óptica e pelo mesmo princípio, Reed (1993), considera que, os estudantes devem ser ajudados a desenvolver e a compreender os objectivos da comunicação durante o ensino clínico.

Steele (1992), defende que o ensino deve ajudar o estudante a aprender conteúdos teóricos e habilidades específicas da prática de enfermagem, bem como facilitar as relações interpessoais durante o trabalho com os outros.

Por seu lado, Queirós (1995), entende que o ensino das habilidades e competências comunicacionais se baseie em processos pedagógicos críticos e reflexivos, porque, como defende Galant (1992), a “performance” dos enfermeiros é fruto da aliança estabelecida entre o conhecimento, a técnica e o humanismo.

3 – AUTONOMIA FACE À FORMAÇÃO

O vocábulo autonomia toma diferentes significados, em função do contexto em que é utilizado, como nos refere Sacramento (1993). Pode ser definida, no dizer de Fromer (1981), como uma liberdade de acção pessoal ou um estado no qual o indivíduo define e adapta as suas acções em função dos projectos que previamente elaborou, de forma que a autonomia seja tida como “a capacidade de formular juízos e tomar decisões independentemente das pressões sociais e considerações de influência externa” (Kurtines, 1974, p. 244).

Corroboramos a opinião de Botelho (1995), ao referir que “actividade, responsabilidade e autonomia dos alunos constituem uma unidade!” (p. 32), mas por uma questão meramente formal abordaremos a autonomia separadamente da responsabilidade, concordando que qualquer pessoa só poderá responsabilizar-se pelos seus actos se os praticar dentro de um contexto de autonomia.

Ao referirmo-nos à autonomia dos estudantes face à sua formação, pretendemos, segundo as tendências pedagógicas actuais, possibilitar aos formandos sair de um contexto de ensino-aprendizagem de heteronomia, fortemente redutor, ajudando-os a caminhar para a interpessoalidade (Cardoso et al, 1996).

Também Peccoux (1995), baseando-se em Pôlet-Masset, defende que os estudantes devem ser autores e actores na sua formação, autónomos face à aprendizagem, mas não independentes, pela necessidade de cooperação, o que leva Alarcão (1996), a defender que, no que concerne à autonomia, prefere referir-se à “promoção da autonomia”, uma vez que, estando os estudantes em formação, “encontram-se ainda em processo de autonomização e precisam de ser ajudados neste processo pelos professores, sendo portanto a autonomia simultaneamente objectivo e processo” (p.177). Reforçando o seu pensamento, a autora explica que prefere ver o conceito de autonomia “como percurso autonomizante do aluno

para lhe assinalar a dimensão dinâmica, processual e formativa e retirar o idealismo que a aceitação incondicional da definição anterior poderia acarretar”, (Alarcão, 1996, p. 178). A autora citada, referindo-se a um novo paradigma de escola, enquadra-o na filosofia de Dewey, uma vez que este defende que as escolas devem educar os estudantes para a autonomia, num contexto de autonomia dentro da escola.

Boughn (1988), defende que a formação em enfermagem deve ser desenvolvida num contexto de estratégias promotoras da autonomia dos estudantes, em lugar de, segundo Gameiro (1991), se condicionar a criatividade, a autonomia e o espírito crítico, atirando assim os formandos para o conformismo, que em nossa opinião é motivo para a diminuição do auto-conceito e afirmação pessoal e profissional, futuramente. Dessa forma “condicionam-se os espíritos em vez de os libertar” (Diniz, 1997, p. 40).

Se a aprendizagem for desenvolvida em ambiente democrático, como defende Jesus (1997), a relação pedagógica basear-se-á na autonomia, em oposição ao autoritarismo, pelo que o professor, para Freire (1997), deve “contribuir positivamente” para que o estudante vá produzindo a sua formação, na medida em que aumenta a solidariedade entre ambos, decorrendo daí indiscutivelmente uma aprendizagem democrática.

Refere ainda Jesus (1997), que alguns autores (Abrani, Leventhal e Perry), propõem aos professores o “modelo de sedução educacional”, ou seja, que num contexto criativo, promovam simultaneamente o envolvimento dos estudantes nas actividades escolares, numa crescente responsabilização e autonomia, permitindo-lhe uma maior aprendizagem. Nesse contexto, apesar dos objectivos pedagógicos propostos pela escola, o professor “pode influenciar as atitudes contínuas do formando (...) além de estimular a atenção do formando pela definição dos objectivos” (Buckley e Caple, 1998, p. 41-42), a fim de manter vivo o interesse do estudante na gestão do ritmo da sua formação e das suas necessidades mais relevantes para o momento.

Assim, o professor, enquadrado no espírito da Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986, ao assumir-se “como agente de desenvolvimento pessoal e interpessoal dos alunos (...) deve atender às necessidades de autonomia e de interacção dos seus alunos”

(Jesus, 1997, p. 25), uma vez que com o término do curso, os novos profissionais se vinculam a uma profissão autónoma. Um ofício ou actividade económica só é considerada profissão quando define a actividade dos seus membros, como essa actividade deve ser desenvolvida e que remuneração lhe é devida, além de ter um título juridicamente reconhecido, legislada a responsabilidade profissional, regras deontológicas e órgãos sindicais de acordo com a legislação em vigor (Ferreira, 1981). Assim:

“Como profissionais do humano, os enfermeiros têm responsabilidades acrescidas. As suas competências cognitivas, técnicas e relacionais conferem-lhes poderes que, contudo, ficam, muitas vezes, numa posição periférica face à hegemonia ou às disputas de poder entre grupos profissionais e às lógicas centristas e umbilicadas das organizações onde intervêm” (Subtil e Oliveira, 1997, p. 7).

Corroborando a opinião dos autores atrás citados, consideramos que também a opinião pública, ainda hoje, por desconhecimento do currículo formativo dos enfermeiros e da sua funcionalidade hierárquica, não reconhece o enfermeiro como elemento de uma equipa de saúde multidisciplinar, onde ele efectivamente desempenha actividades interdependentes (porque dependem das iniciativas partilhadas entre a equipa) e actividades independentes ou autónomas (porque dependem unicamente da decisão dos enfermeiros) para as quais têm preparação académica específica (Collière, 1989).

Nessa óptica, os enfermeiros não devem depender nem subordinar-se ao saber dos outros, mas formalizar o seu saber e produzir a partir dele (Galant, 1992). A fim de responder a tais exigências, os enfermeiros deverão possuir conhecimentos e competências que lhes permitam agir num contexto de autonomia, em que facilmente mobilizem os recursos disponíveis, a fim de otimizar os resultados inerentes a qualquer situação apresentada.

4 – RESPONSABILIZAÇÃO FACE À FORMAÇÃO

Partindo-se do pressuposto que os estudantes do ensino superior, onde se incluem os de enfermagem, são adultos jovens, com o direito e o dever de participar activamente na sua formação, Bento (1990), considera que a principal função do ensino é fazer com que o homem se ligue à vida, de modo a atrair-se pelas tarefas relevantes, em cuja resolução ele deve tomar parte activa, pelo que:

“Importante é reter o princípio de que a aprendizagem - como processo de apropriação dos elementos científicos, culturais, artísticos e técnicos, dos valores e normas sociais corporizadas no contexto do ensino - é, no seu cerne, sempre resultado pessoal e subjectivo do discente” (Bento, 1990, p. 26).

O mesmo autor defende que os professores devem valorizar os interesses, as necessidades, os esforços e possibilidades dos formandos, a fim de os preparar numa e para uma atitude activa na e para a vida, uma vez que “estamos desafiados a fomentar e desenvolver nos nossos alunos, desde o primeiro dia de entrada na escola, uma atitude activa perante todas as coisas da vida” (Bento, 1990, p. 34).

Esta partilha de responsabilidades, um dos pontos fortes apontados pela Escola Nova, defende que o estudante seja reconhecido como actor principal da sua formação, na medida em que:

“Essa perspectiva do estudante como agente (mais do que objecto ou sujeito) da sua própria formação, não só promove naquele o desenvolvimento dum pensamento crítico e reflexivo, mas também o leva a atitudes heurísticas que o conduzam à descoberta das próprias necessidades de aprendizagem” (Neves 1996, p. 14).

A sociedade tem direito a “uma escola que restitua aos alunos a sua responsabilidade na aprendizagem dentro de um processo que promova a sua autonomia” (Cardoso et al, 1996, p. 69), acrescentando Cabral (1997) que, estando a escola centrada

nos estudantes, a eles se deve dar a oportunidade e a responsabilidade, ou seja, desenvolver os formandos num ambiente democrático, para que no futuro a democracia seja uma constante.

Aceitando as opiniões dos autores já citados, Nóvoa (1988) e Plenchette (1992), corroboramos a ideia de que em pedagogia de adultos, os formandos devem ser considerados responsáveis pela aprendizagem, na medida em que a formação pertence exclusivamente ao formando, ou não fosse ele o principal interessado em se munir dos necessários “utensílios cognitivos” com que fará frente às vicissitudes quotidianas.

Quando o formador consegue estimular os formandos a aderir a estratégias que os ajudem a “aprender a aprender”, está a “Desenvolver Formandos Qualificados” (Pearn e Downs, 1991, p. 106), ou seja, estudantes com características próprias para mais facilmente enfrentarem as sucessivas e inevitáveis mudanças do quotidiano, como apresentamos no quadro 1.

Quadro 1 - Competências do adulto em formação

Desenvolver Formandos Qualificados significa que eles:

1. Assumem a responsabilidade pela sua aprendizagem e adoptam em geral um papel activo;
2. Sabem distinguir entre os elementos que devem memorizar, os que devem compreender e os que são de melhor apreensão na prática;
3. Utilizam mais formas de aprendizagem e seleccionam estas de acordo com a matéria a aprender;
4. Não tentam memorizar elementos que devem compreender;
5. Tomam decisões conscientes sobre a forma de aprendizagem que vão utilizar para aprender;
6. Asseguram a sua aprendizagem, mesmo que o ensino seja de má qualidade;
7. Colocam mais perguntas e perguntas mais específicas para garantir uma aprendizagem apropriada;
8. Procuram ter retroacção sobre o seu rendimento;
9. Compreendem que as dificuldades de aprendizagem nem sempre decorrem da sua falta de capacidade de aprender, mas muitas vezes de insuficiências a nível do ensino ou da formação;
10. Têm confiança suficiente para explorar novas oportunidades de aprendizagem.

Fonte: Adaptado de PEARN, M.; DOWNS, S. (1991). O desenvolvimento de formandos qualificados: a experiência da ICI e da SHELL no Reino Unido, in Nyhan, B., *Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas: perspectivas europeias sobre a competência de auto-aprendizagem e mudança tecnológica*. Bruxelas: Ed. Interuniversidades Europeias.

Também Chalifour (1993), apresenta as características mais evidentes do adulto em formação, que transcrevemos para o quadro 2.

Quadro 2 - Características do adulto em formação

O adulto em formação:

1. Possui em si mesmo os recursos necessários ao seu crescimento, à sua orientação e à determinação das suas escolhas;
2. Tem capacidade de iniciativa, de autonomia, de decisão pessoal e envolvimento activo na sua aprendizagem;
3. Necessita de assistência variável para prosseguir na sua aprendizagem;
4. Aprende mais facilmente experimentando;
5. Sente necessidade de partilhar as experiências com os outros;
6. É o agente principal da sua formação.

Fonte: Adaptado de CHALIFOUR, J (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

Por seu lado, Queirós (1995), referindo-se a Bernard entende que:

- “- Para o formando adulto, o reconhecimento actual ou aprendido de se descobrir imperfeito perante si próprio, pode ser um elemento de fundo que bloqueia a aprendizagem.*
- O medo de ser descoberto como ignorante ou de ser subestimado nas suas capacidades pode provocar uma espécie de bloqueio à aprendizagem sobretudo no plano da comunicação ou da formulação de uma questão.*
- O medo de falar constitui um factor importante para o formando adulto. Não se pode falar, pois pode-se ser rotulado de “não ser bom” (p. 67).*

Não obstante, os mesmos autores consideram estas características como simples ilustrações das competências mais significativas nos formandos preocupados em desenvolver ou aperfeiçoar as suas aptidões, pelo que podemos deduzir que, ao verificarem-se tais atitudes, encontramos-nos perante estudantes responsáveis, estudantes implicados activamente na sua formação em busca de uma crescente autonomização, numa perspectiva de auto-aprendizagem partilhada com os formadores.

Em oposição ao que vulgarmente se comenta, auto-aprendizagem não significa que o formando se desenvolva solitariamente, num contexto de deserto educativo, mas sim numa dimensão de maior responsabilidade pela própria aprendizagem, exigindo contudo

ao formador uma maior coordenação do processo, na medida em que “o acto de ensinar é complementado pelo papel activo do aluno durante o processo de reconstrução e de apropriação do saber” (Calafate, 1997, p. 62).

Para Mucchielli (1981), em formação de adultos, o estudante deve comprometer-se e responsabilizar-se pela sua formação e auto-avaliar os resultados obtidos, na medida em que formando e professor passam a ser os responsáveis pelos progressos verificados. Esses progressos serão tanto mais evidentes quanto maior for o clima dialógico permanente, fazendo emergir uma atitude facilitadora de aprendizagem e crescimento mútuos.

No mesmo contexto, ao desenvolverem-se processos de aprendizagem mais autónomos, com um maior envolvimento do estudante, o formador deixa de ter o papel dominante, e simultaneamente a aprendizagem passiva-receptiva transforma-se em aprendizagem activa, levando a um maior desenvolvimento do formando, quer ele se encontre em formação inicial ou contínua, na medida que:

“Esta abordagem permite aos participantes o desenvolvimento a um ritmo gradual. Este desenvolvimento é levado a cabo pela atribuição de maiores responsabilidades, o que estimula e reforça a vontade de aprender”
(Bähr, 1991, p. 96).

Verificamos contudo, na nossa prática diária, que na fase teórica os estudantes não aceitam facilmente os trabalhos de grupo, em sala de aula, com ou sem textos pré-seleccionados. Estão tão habituados a funcionar como receptáculos do saber que fazem grande esforço em alterar a situação de actores passivos, concordantes com a filosofia educativa que lhes foi oferecida e com a qual eles se identificam, até por uma questão de comodismo e de gestão das suas energias para outros centros de interesse pessoal, por vezes sem relação directa ou indirecta com o momento formativo ou até com o seu saudável desenvolvimento.

Contestando a falta de implicação dos estudantes na sua formação, alertam-se os formadores para a necessidade de desenvolver a autoconfiança no formando, procurando o equilíbrio entre a directividade e não directividade, desempenhando o formador o papel de

coordenador e moderador (Feldmann et al, 1991). Dessa forma o formando assume-se o mais cedo possível “como sujeito também da produção do saber” (Freire, 1997, p. 24). Ferrandez (1983), salienta que, a verdadeira educação começa quando o estudante deixa de ser sujeito e passa a agente da sua formação, embora com orientação do professor.

É nessa perspectiva que cada vez mais se corresponsabiliza o aluno pela sua própria formação (Lesne, 1984). O estudante, mais do que objecto ou sujeito, deve procurar tornar-se o agente da sua formação, pois só assim conseguirá desenvolver-se através do pensamento crítico e reflexivo, alavanca da descoberta das suas necessidades de aprendizagem (Neves, 1996).

Este será o sistema educativo que permitirá uma geração mais selectiva, mais reflexiva e mais pro-activa, e não estudantes que “não sabem aprender, eles sabem somente como os ensinamos” (Knowles, 1990, p. 217). Refere ainda o autor que, a pedagogia tradicional funciona como estímulo-resposta, levando o estudante somente a reagir aos estímulos que o professor vai provocando. Assim, não admira que o estudante continue limitado, dependente, sem ferramentas para fazer aprendizagem ao longo da vida. É que na idade adulta, a maior parte da aprendizagem realiza-se através das necessidades e iniciativas do indivíduo, desenvolvendo-se assim a aprendizagem pro-activa em oposição à tradicional aprendizagem reactiva.

5 – SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO

A supervisão em ensino clínico faz parte integrante da formação dos estudantes de enfermagem, que na sua essência não difere da supervisão de outros cursos de formação, porquanto com a supervisão se pretende que os estudantes sejam orientados, apoiados e avaliados num contexto colaborativo, por uma pessoa com “super + visão” ou “visão superior” (Costa e Melo, 1998), o mesmo será dizer um conhecimento ou uma visão mais consistente do tema ou trabalho a desenvolver-se individualmente ou em grupo.

Alarcão e Tavares (1987), esclarecem que é fluente o termo **supervisão** nos países de língua inglesa, adoptado por nós em substituição da designada **orientação da prática pedagógica**, considerando a supervisão 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” (p. 18).

Os autores citados consideram que a supervisão deve ser desenvolvida:

“numa visão de qualidade, inteligente, responsável, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entre no processo para o compreender por fora e por dentro” (p. 47).

A supervisão “no contexto da formação de professores, é uma actuação de monitoração sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação” (Vieira, 1993, p. 28). Dentro do mesmo contexto, Buriolla (1996), defende que:

“a supervisão seja concebida como um processo administrativo e educacional pelo qual uma pessoa (o supervisor), possuidora de conhecimentos e práticas, tem o compromisso de treinar outra (o supervisionado), possuidor de menos recursos ao nível do conhecimento e da prática” (p. 20-21).

Alarcão e Tavares (1987) e Vieira (1993), ao referirem-se à supervisão, fazem-no no contexto da formação inicial de professores, enquanto Buriolla (1996), aborda a

temática na área da formação em serviço social. Dada a abrangência e aplicabilidade do conceito, “várias outras áreas a utilizam e já a utilizavam muito antes” (Buriolla, 1996, p. 20). Dentro da área educativa, os professores podem supervisionar as práticas pedagógicas com o recurso da observação tecnológica e do microensino, graças à diversidade de tecnologia educativa disponível (Barbosa, 1996a).

Temos realizado com os nossos estudantes alguns ensaios desta natureza em infantários e escolas de ensino básico. Ao nível hospitalar não tem sido possível pela delicadeza e envolvimento dos vários actores na acção. Embora o termo supervisão seja hoje vulgarmente usado na área educativa, a sua origem está ligada às empresas de produção industrial referindo Mucchielli (1981), que:

“o velho Taylor propunha, em 1911, na sua reorganização de empresas, a criação de uma categoria de contramestres-formadores, aos quais ele reservava uma autoridade funcional, bem distinta da autoridade que ele chamava “de tipo militar” e que é a autoridade hierárquica” (p. 28).

Reportando-se ao ensino, Mucchielli (1981), considera que ao tratar-se de formação de adultos, a autoridade do formador/supervisor, é a de um “conselheiro técnico” ao invés do poder autoritário, fonte de conflitos, na medida em que no papel do supervisor está implícita a abertura, a disponibilidade e o respeito pelos estagiários.

Os conflitos a que o autor se refere desenvolviam-se essencialmente na área empresarial onde os encarregados ou supervisores se excediam no poder naturalmente investido pelo papel, o que não acontece, de uma forma tão incisiva ao nível educativo, tanto pela própria especificidade das organizações, como pelos objectivos que cada uma delas pretende alcançar. Contudo, “embora não haja “receitas” pedagógicas universais, aplicáveis com sucesso a todos os alunos e por todos os professores, a prática pedagógica deve ser personalizada e situacional” (Jesus, 1997, p. 6). Para o mesmo autor, é consensual que todo o processo educativo gire à volta das relações interpessoais, onde, através de um processo de supervisão colaborativa os dois actores sairão com mais valias a nível cognitivo e emocional, levando a uma:

“relação recíproca, assimétrica e dialéctica entre pessoas, entre estudantes capazes de sair de si mesmos e colocar-se no lugar, “na pele” do outro,

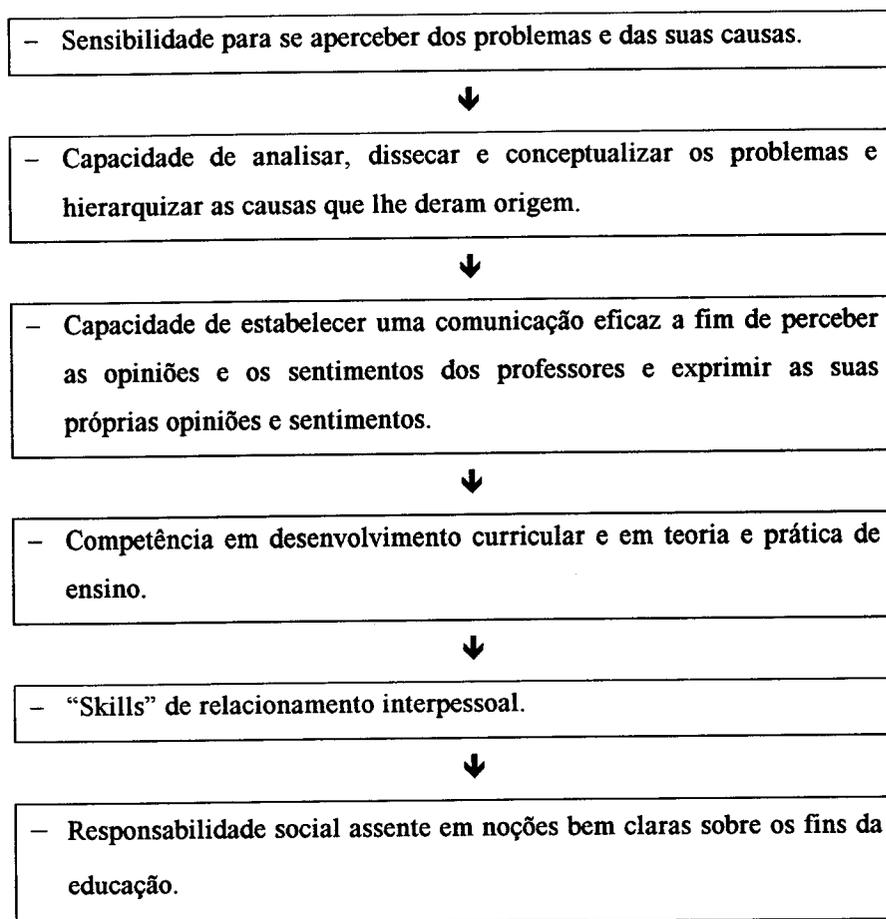
compreendê-los em toda a sua profundidade e riqueza sem deixar de ser ele próprio nem desenvolver qualquer atitude que pretenda subalternizá-lo e muito menos manipulá-lo ou reduzi-lo” (Tavares, 1993, p. 17).

Durante a supervisão dos formandos, consideramos que o desenvolvimento das relações interpessoais se reveste de crucial importância, na medida em que estudantes “aterrorizados não desenvolvem as suas competências ou “skills”, não questionam nem solicitam ajuda ao supervisor. Assim sendo, estamos a negar “o sujeito enquanto pessoa, que estabelece um conjunto complexo de relações, no contexto da formação” (Tavares, 1993, p. 23).

Deve considerar-se a supervisão como um processo de ensino aprendizagem, voltada para os objectivos que permitem a relação de permuta entre o supervisor e o supervisionado. A supervisão torna-se assim cada vez mais necessária ao estudante, na ajuda que lhe é dada tanto na reflexão como no esclarecimento das dúvidas (Buriolla, 1996). Em suma, a supervisão torna-se “uma actividade imprescindível na formação profissional, destacando especialmente as profissões ligadas directamente à prática” (Buriolla, 1996, p. 48).

É consensual que a figura do supervisor é de extrema importância em todo o desenrolar do processo, pelo que Alarcão e Tavares (1987), identificaram seis áreas de características que o supervisor deve possuir, como procuramos apresentar na figura 6.

Figura 6 – Características pessoais e técnicas do supervisor



Fonte: Adaptado de ALARCÃO, I. ; TAVARES, J. (1987) – *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Dentro do mesmo contexto não podemos deixar de fazer referência à posição de Vieira (1993), ao desenvolver as funções e competências fundamentais do supervisor numa tríade fundamental que são as três áreas de reflexão/experimentação, ou seja, supervisão, observação e didáctica, apresentando-as sequencialmente conforme o quadro 3:

Quadro 3 – Funções e competências fundamentais do supervisor

- “1) **Área de supervisão:** processo de monitorização da prática, nas suas dimensões analítica e interpessoal. Inclui aspectos como: as regras e princípios que regulam a supervisão, os papéis do supervisor e do professor na relação de supervisão, os estilos e modelos de supervisão, a sua instrumentalização, etc.. Estes aspectos devem constituir objecto de reflexão e experimentação na formação de professores. Relativamente a eles, o professor adquire/desenvolve competências (atitudes, saberes e capacidades) e desempenha funções através das quais manifesta essas competências.
- 2) **Área da observação:** refere o processo de observação como estratégia de formação. Embora possa ser considerada como parte integrante da área anterior, assume características tão específicas e um papel formativo tão relevante que a consideramos aqui, como área autónoma; inclui aspectos relativos às finalidades, objecto de reflexão e experimentação na formação dos professores. Relativamente a eles, o supervisor adquire/desenvolve competências (atitudes, saberes e capacidades) e desempenha funções através das quais manifesta essas competências.
- 3) **Área da didáctica:** refere o campo especializado de reflexão/experimentação do professor, logo, o foco principal do trabalho desenvolvido como supervisor nas áreas anteriores, principalmente na da observação; inclui aspectos relativos ao processo de ensino/aprendizagem de uma dada disciplina em contexto escolar (planificação, execução e avaliação) e abrange o conhecimento dessa disciplina; esses aspectos devem constituir objecto privilegiado de reflexão e experimentação na formação dos professores. Relativamente a eles, também o supervisor adquire/desenvolve competências (atitudes, saberes e capacidades) e desempenha funções através das quais manifesta essas competências.” (p. 21).

Fonte: VIEIRA, F. (1993) – *Supervisão de professores*. Rio Tinto: Edições ASA (p. 2).

Pelo exposto e feita a análise crítica das características, competências e objectivos do supervisor, consideramos de nevrálgica importância atender à comunicação e às relações interpessoais estabelecidas entre os actores (supervisor e supervisionado), de modo que haja uma abertura autêntica e uma relação horizontal enraizada nos princípios rogerianos da não directividade, de modo que seja possível uma reflexão permanente sobre as práticas.

Quanto às práticas de supervisão, elas prendem-se fundamentalmente com os modelos de formação que estiverem em uso, uma vez que isso depende da filosofia de escola, podendo, como refere Nóvoa (1991), adoptar-se modelos de formação tradicional, com forte componente comportamentalista ou os modelos de carácter interactivo-reflexivo, ou seja, modelos de filosofia construtivista.

Face à opinião dos vários autores citados, a supervisão de características comportamentalistas, claramente de cariz mais pragmático, centra no supervisor o processo de formação. Desenvolvendo-se a supervisão num contexto reflexivo, em que o formador ensine, informe, oriente e encoraje o formando a assumir a responsabilidade pelo seu processo de desenvolvimento profissional e pessoal, seguramente que a supervisão assenta em pressupostos construtivistas.

6 – FORMAÇÃO

O vocábulo *formação* deriva do latim *formatio* de *formare*, podendo significar “dar forma” ou “figura”, ou mesmo “modelar”, “organizar”. Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura (1969).

A palavra *formação*, no contexto deste trabalho é usada como a acção que visa formar, ou melhor, favorecer a evolução global da personalidade do formando, facilitando a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, procurando uma melhor realização de si próprio, tanto a nível pessoal como profissional.

A formação compreende um modo de ser pessoal, resultante de um complexo processo de socialização, em que o estudante deve ser aceite como “sujeito e agente” da própria formação, numa inter-relação com a prática contextualizada, e em reequilíbrio com as aprendizagens anteriores, com a ajuda pedagógica do professor (Lesne, 1984). A formação levará a pessoa a atingir um processo de autonomização, ao longo da sua vida, construindo assim a sua “identidade” (Dominicé, 1990). O próprio conceito de formação não nos permite, facilmente distinguir a “*acção de formar*” da “*acção de formar-se*”, na medida em que a formação é um trabalho pessoal, uma vez que ela não depende somente das escolas nem dos professores, mas passa a ser um trabalho pessoal (Josso, 1988).

Da mesma forma, “A formação deverá ser um investimento planeado sistematicamente para o desenvolvimento dos conhecimentos, aptidões e atitudes de que um indivíduo necessita para desempenhar uma tarefa de forma satisfatória” (Buckley e Caple, 1998, p.17). Do mesmo modo formação deve ser entendida como um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber, do saber fazer e do saber ser (Nóvoa, 1988, p.128), ou a intervenção que opera uma modificação a nível dos saberes, dos saberes-fazer e dos saberes-estar da pessoa em formação (Berbaum, 1993).

Em nosso entender, as opiniões defendidas pelos autores atrás citados, englobam o que nós designamos pelos três pilares essenciais, em torno dos quais se deve desenvolver a formação dos estudantes de enfermagem, uma vez que, como refere Berbaum (1993), a formação implica “integração” de conhecimentos, “desenvolvimento” de habilidades e competências e “modificação” de atitudes e comportamentos, sendo uns adquiridos na fase teórica e outros durante a prática, ou seja, no ensino clínico. Embora Berbaum (1993), procure estabelecer diferença entre formação e educação, considerando que o termo formação se dirige a adultos e a palavra educação é mais adequada às crianças, adolescentes e jovens, na mesma obra, ao referir-se às práticas de formação, o autor salienta que “podem considerar-se as práticas de formação como acções de aprendizagem” (p.19).

Também Barbosa (1997), comungando da mesma opinião, defende que os professores, através dos currículos

“têm a responsabilidade de pensar a Educação e a Formação em níveis técnicos e científicos de natureza pré ou mesmo universitária (...) e por imperativo social, nem a Formação pode existir independentemente da Educação, nem esta poderá resolver os problemas de uma integração adequada do indivíduo na sociedade (...)” (p.64-65).

Indubitavelmente é difícil dissociar formação e educação, pelo que ambas coexistirão ao longo da vida pessoal e profissional, num processo contínuo de socialização individual e colectiva.

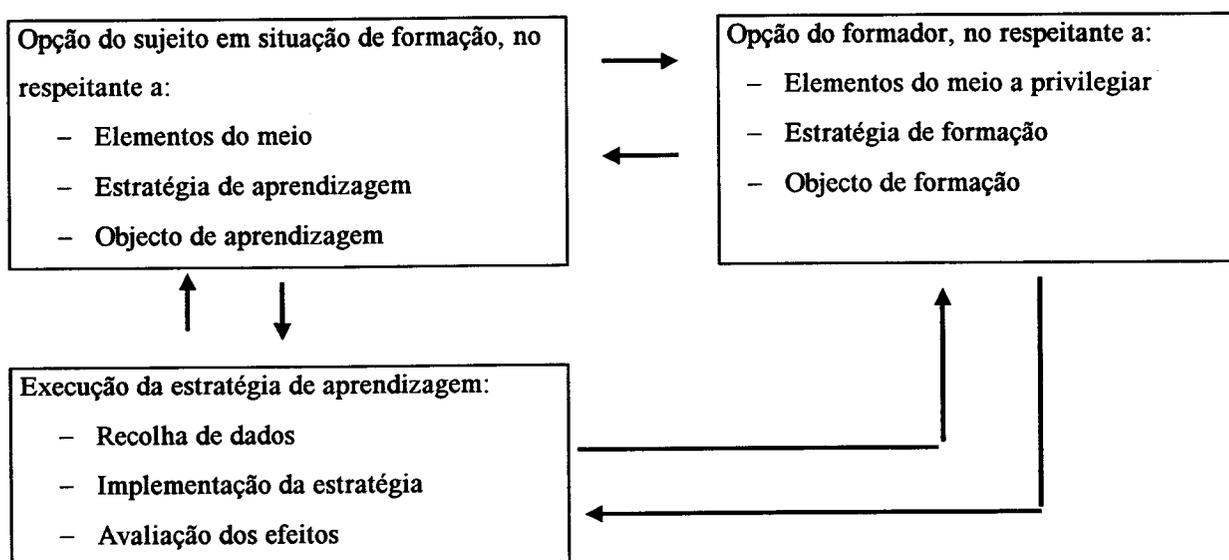
Vários autores (Avanzini 1978, Reboul 1982, Nóvoa, 1988), alertam para o cuidado que deve existir na diferenciação entre formação e informação. São múltiplas as fontes de informação, com especial destaque para os órgãos de comunicação social, verificando-se elevada correlação entre o volume de informação e a confusão gerada. Instalada a confusão, a aprendizagem não se realiza. Por conseguinte, a informação não possibilitará formação enquanto for veiculada de forma desorganizada e recebida passivamente.

Mucchielli (1981), é mais contundente no que concerne à não rara confusão entre “informação” e “formação” nos meios académicos, designando de “espectáculo cultural” as sessões de conferencistas ou aulas meramente expositivas, onde não há espaço para o necessário *feedback* entre as duas partes, no entanto, “para que se efectue o *feedback* regulador da Formação, é preciso, necessariamente, dar ao «aluno» a iniciativa de uma acção, que aplique de algum modo a informação” (p.41). Refere o autor, que neste contexto é vulgar desenvolver-se o tipo de “comunicação «consumatória», aquela em que o emissor fala por falar, por narcisismo e pelo prazer de ouvir-se a si mesmo, para fazer admirar sua ciência ou pessoa, ou, então, simplesmente, aquela em que o emissor é hermético e incompreensível” (Mucchielli, 1981, p.36).

Considerando os estudantes de enfermagem jovens adultos, dotados de maturidade para poderem discutir estratégias de aprendizagem, conducentes à concretização não só dos objectivos do curso mas também dos objectivos pessoais, corroboramos as posições de Nóvoa (1988) e Berbaum (1993), ao defenderem que compete ao formador orientar os formandos segundo os seus pontos de interesse, considerando a auto-formação participada, numa estreita interacção formador-formando, tendo-se este como o sujeito da formação, o principal interessado em obter sucesso, ou seja, eficácia e excelência, no desenvolvimento das suas actividades.

Pelo exposto e numa tentativa de síntese, pensamos que o esquema seguinte indicia a preocupação que deve existir na conjugação das opções pedagógicas dos formandos com as do formador, tendo sempre em atenção o desenvolvimento do sujeito em formação.

Figura 7 - Elementos de um possível esquema funcional de formação



Fonte: BERBAUM, J. (1993) - *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora (p.21).

Neste contexto, deverá haver da parte do formando uma atitude de compromisso e responsabilidade perante a sua própria formação, ao que Josso (1988) acrescenta, que se o estudante não adoptar uma postura consciente, então ele será adestrado, uma vez que não toma parte activa na sua formação.

Contudo, se os estudantes forem devidamente esclarecidos, eles participarão activa e conscientemente no seu processo de formação, ou seja, na construção e integração dos seus saberes (Cruz, 1996). Se estes pressupostos se concretizarem e concordando com Canário (1997), a formação emergirá assertivamente, fazendo face às sucessivas mutações sócio-profissionais, ocasionando a introdução de “mudanças deliberadas”. Para que isso se torne uma realidade, Nóvoa (1988) e Van Velze (1991), consideram que a formação, visando a transformação integral da pessoa, deve incentivar à formação contínua, recentemente considerada fundamental em qualquer actividade profissional, de modo que as pessoas possam responder às necessidades do meio em que estão inseridas, de acordo com as exigências formativas que se vão acentuando, fruto da rápida evolução tecnológica (Barbosa, 1990).

Comungando dos mesmos ideais, Simões (1979), considera que a formação inicial dos estudantes deve ser seguida da formação contínua, o que claramente é defendido por Barbosa (1997), ao afirmar que “toda a formação deve emergir, no ser humano, numa verdadeira atitude de pesquisa consequente” (p.63).

Esta ideia é reforçada por Tavares (1997), quando refere que:

“a formação inicial deve desembocar naturalmente na formação contínua e esta deveria servir de feedback permanente à formação inicial para não a deixar anquilosar em esquemas mais ou menos rígidos e perder o contacto com a realidade da escola e as necessidades dos estudantes” (p.7).

Consideramos estar implícito nas opiniões dos vários autores citados, que qualquer pessoa em formação, deve ter consciência que o saber do presente rapidamente se torna obsoleto, contrariamente ao que era defendido pela escola até à década de sessenta, sendo então o conceito de educação escolar entendido como um processo de preparação para toda a vida, nas suas dimensões pessoal e profissional. Mas para que essa preparação se realize num contexto de maior profundidade e benefício, face aos resultados esperados, mesmo quando os estudantes já são adultos, continua a ser papel dos formadores levar os formandos a reflectir sobre as experiências ocorridas no contexto do seu desenvolvimento e aprendizagem (Alarcão e Tavares, 1987).

6.1 – FORMAÇÃO REFLEXIVA

Embora não seja recente a abordagem da temática *reflexão*, associada ou não à educação, Alarcão (1996), aponta algumas razões que considera serem responsáveis pela emergência deste movimento ao redor da reflexão, das quais seleccionamos três, pela interligação que apresentam com o nosso trabalho: a necessidade de que o homem sente de “reaprender a pensar”, o questionamento sobre os fins da educação e a discussão sobre metodologias de formação.

Prendendo-se com a primeira das razões de nossa eleição, a necessidade que o homem sente de reaprender a pensar, Alarcão (1996), afirma que o acto de pensar é uma actividade inerente ao ser humano e Dewey, na opinião da mesma autora, “denomina por

pensamento reflexivo a melhor maneira de pensar” (p. 45). Do mesmo modo Dewey (1959), define pensamento reflexivo como sendo “a espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva” (p. 45).

Essa vivência tem interesse particular durante as práticas pedagógicas, sempre que na formação dos estudantes esteja presente a reflexão sobre as práticas (Schön, 1992). No mesmo contexto, a formação dos novos profissionais caracteriza-se pelo resultado da fusão entre “ciência, técnica e arte”, em que é permitido ao formando agir dentro de contextos instáveis, complexos e únicos, solicitando momentos de reflexão sob a orientação do formador.

Sendo possível aos estudantes de enfermagem realizarem estas experiências durante as práticas pedagógicas, ficam com “uma visão caleidoscópica do mundo do trabalho e dos seus problemas e, permitindo uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido” (Alarcão, 1996, p. 13).

No que se refere ao questionamento sobre os fins da educação, partilhando a opinião de Simões e Simões (1997), o fim último da educação é o desenvolvimento humano, onde cada profissional deverá ser capaz de responder “eficazmente” às solicitações envolventes, na medida em que, segundo Alarcão (1996), a formação dos futuros profissionais assenta numa base reflexiva, no contexto real das práticas. Relativamente às metodologias de formação, elas estão intimamente relacionadas com os objectivos que se pretendem atingir (Tavares, 1997), ou seja, dotar os futuros profissionais das “ferramentas” indispensáveis ao seu desenvolvimento profissional. Além das ferramentas constituírem um aspecto importante e necessário no processo, “os formadores deverão sobretudo proporcionar momentos de reflexão” (Proença e Barros, 1993, p. 146). Na opinião dos autores citados, a formação não é um somatório ou acumulação de cursos ou de conhecimentos, ela constrói-se através de reflexão crítica, numa construção permanente da identidade pessoal. Esse processo poder-se-á desenvolver de uma forma mais harmoniosa, num clima de parceria entre formando e formador, olhando a reflexão como uma prática social (Zeichner, 1993).

Partilhando a opinião já citada, de que a formação é da responsabilidade de quem se forma, contudo considerando que os estudantes em contexto, se encontram em formação inicial e, sabendo nós que, salvo as devidas excepções, as metodologias activas, no ensino básico e secundário não têm sido convenientemente utilizadas, dentro de um contexto reflexivo, neste momento de formação, os estudantes só se iniciarão num “pensamento reflexivo”, se encontrarem professores reflexivos que os iniciem, estimulem e ajudem a desenvolver esta habilidade. Sendo o pensamento reflexivo uma capacidade, ele não “desabrocha espontaneamente, mas pode desenvolver-se”, se no seu cultivo houver “condições favoráveis para o seu desabrochar” (Alarcão, 1996, p.181). Condições estas que deverão ser asseguradas pela escola, nomeadamente pelos professores, na medida em que, como referem Brubacher et al, citados por Moreira e Alarcão (1997), referindo-se à validade do ensino reflexivo:

- “1) a prática reflexiva ajuda os professores a libertarem-se de comportamentos impulsivos e rotineiros;*
- 2) a prática reflexiva permite que os professores ajam de um modo deliberado e intencional*
- 3) a prática reflexiva distingue os professores enquanto seres humanos instruídos, pois é um marco da acção inteligente” (p. 121).*

Pelo exposto, entendemos que a prática reflexiva permite ao professor ajudar os estudantes a compreender a dimensão e o interesse desta técnica, ao mesmo tempo que desenvolve a interacção com os formandos, de modo a legitimar os métodos que utiliza e a reflectir sobre:

“a sua competência pedagógico-didáctica (...) os conhecimentos e as capacidades que os seus alunos estão a desenvolver, sobre os factores que possivelmente inibem a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento (...)”
(Alarcão, 1996, p. 180).

Porém aqui pretende-se ir mais longe e ver como aqueles que se formam podem otimizar as suas capacidades reflectindo no que fazem, socorrendo-se da técnica do espelhamento enquanto agentes da sua auto-formação (Barbosa, 1994).

7 – EVOLUÇÃO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Foi nos finais do século XIX que, praticamente a nível mundial, se implementou o ensino formal de enfermagem, em escolas que total ou parcialmente eram financiadas e controladas pelos hospitais a que estavam agregadas.

Dessas escolas, ou “hospital-escola” saíam os enfermeiros preparados para assegurar o serviço de enfermagem nesses hospitais, pelo que deduzimos que cada escola seguia uma filosofia de formação de acordo com as necessidades locais.

Em Portugal “o ensino de enfermagem começou nos últimos anos do século XIX, e foi da iniciativa de administrações de hospitais - Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Real de São José, Hospital Geral de Sto António da Santa Casa de Misericórdia do Porto” (Soares, 1993, p. 16). Deve-se a Simões (1888) a criação da primeira escola de enfermagem do país, em 1881, berço da actual Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Costa Simões, então administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), era um homem muito viajado e de espírito voluntarista, o que lhe permitiu, mesmo sem reconhecimento oficial e respectivo apoio financeiro, fundar a escola com o objectivo de ministrar “preparação mínima aos enfermeiros”.

Desde então, muitas escolas públicas e privadas surgiram sob a tutela do Ministério da Saúde, até à publicação do Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro, que integra o ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, sob a tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação, conferindo-se às escolas superiores de enfermagem competência para organizar e ministrar o Curso Superior de Enfermagem.

Materializando-se assim a recomendação feita em Abril/66, pelo Comité OMS de Perito dos Cuidados de Enfermagem, que reunindo-se em Genebra, já recomendava aos vários países que integrassem o ensino de enfermagem na estrutura do seu ensino superior.

Assim, face à recente alteração, o ensino de enfermagem passou a reger-se pelo princípio consignado no nº 4 do artigo 11º da Lei de Bases do Sistema Educativo, aprovado pela Lei nº 46/86, de 14 de Outubro, onde é referido que: o ensino politécnico visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de actividades profissionais.

Baseando-se nesse princípio, e segundo a Directiva 77/453/CEE; pela Portaria nº 195/90, de 17 de Março, o curso de enfermagem deverá desenvolver-se a tempo inteiro, durante três anos, com uma carga horária total de 3.300 a 3.600 horas de ensino teórico, teórico-prático e prático.

Pela Directiva 89/595/CEE, em alteração à Directiva 77/453/CEE; Portaria nº 195/90, de 17 de Março, o ensino teórico é definido como a parte de formação em cuidados de enfermagem através do qual os estudantes adquirem conhecimentos, compreensão, aptidão e atitudes profissionais que lhes permitam planear, prestar e avaliar cuidados globais de saúde aos doentes.

No que se refere ao ensino prático, designado por ensino clínico, a Directiva 77/453/CEE; DRHS, 1989; Portaria nº 195/90, de 17 de Março, define-o como a formação em cuidados de enfermagem em que os estudantes, integrados numa equipa, aprendem em contacto directo com os doentes, a planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem, baseados nos conhecimentos e aptidões adquiridos.

Esse ensino-aprendizagem desenvolve-se sob a forma de estágios em hospitais, centros de saúde e outras instituições específicas, sob a orientação de docentes das escolas superiores de enfermagem, em parceria com os enfermeiros qualificados e que pertençam aos serviços onde os estudantes se encontrem a estagiar.

7.1 – ENSINO CLÍNICO / PRÁTICAS PEDAGÓGICAS

O termo ensino clínico, do grego *Kline*, que significa leito, generalizou-se na Suíça, na década de sessenta, associado ao desenvolvimento das escolas de enfermagem. O conceito foi-se alastrando a outros países, vindo a surgir entre nós através das directivas da Comunidade Europeia, aquando da integração do ensino de enfermagem a nível do Ensino Superior Politécnico.

Efectivamente o ensino de enfermagem é caracterizado por uma formação alternante teórico-prática, permitindo aos estudantes um desenvolvimento harmonioso, numa aquisição progressiva de conhecimentos científicos, habilidades e competências nos vários sectores da actividade de enfermagem – centros de saúde, infantários, lares e hospitais.

Sendo assim:

“O estágio representa um tempo dito “forte” da formação. Ele constitui o lugar de aplicação das aquisições, de integração dos diferentes saberes, de reforço das habilidades manuais para a repetição dos gestos, de descoberta e de análise das situações específicas próprias a cada doente e sua família para elaboração dos cuidados que é preciso dispensar-lhes”
(Chaboisier, 1991, p. 61-62).

Durante esses estágios que compõem o ensino clínico, a orientação dos estudantes é da responsabilidade da escola que disponibiliza os docentes para a orientação dos formandos no terreno, e das instituições onde os estágios se realizam, criando estas as condições físicas, materiais e humanas à transferência e adequação dos saberes, a fim de não se verificarem desencontros entre as capacidades teóricas e teórico-práticas adquiridas na escola e a prática real das situações a que é preciso dar resposta na pessoa do doente.

Assim, considera-se que a aprendizagem prática sob a forma de estágio “tem uma função socializante: o estudante deve familiarizar-se com o meio laboral (hierarquia, horários, ritmo, modo de vida, ...), conhecer a empresa em geral, e, em especial, o domínio profissional que tem em vista” (Bireaud, 1995, p. 121).

Além disso, o estudante só poderá consolidar os conhecimentos adquiridos na teoria através da aplicação prática, fazendo a transferência dos conceitos abstractos às situações concretas. E aqui, sublinhamos a facilidade e correcção técnica com que os estudantes executam vários procedimentos em laboratório, num manequim (cuidados de higiene, colocação de sondas, administração de terapêutica, e outras) e as dificuldades que eles apresentam quando praticam as mesmas actividades junto dos doentes, mesmo quando estes permitem e compreendem que o estudante está em aprendizagem, sendo aceitável que alguma coisa corra menos bem, pelo que, McCarthy (1987), considera que todo o contexto da enfermaria (local de estágio) deve ser considerado como fonte de conteúdos para o curriculum, uma vez que é a enfermagem que trata das necessidades dos doentes, o

que torna imprescindível para os estudantes o ensino-aprendizagem nas enfermarias, onde, na opinião de Bireaud (1995), é através da prática diária que a teoria é posta à prova.

Será nesta dinâmica de ensino-aprendizagem entre formadores e formandos, em parceria com os enfermeiros dos locais de estágio, que emergirão novos saberes, orientadores da prática clínica nas suas dimensões científicas, técnicas e relacionais.

O Plano de Estudos do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, aprovado pelos Ministérios da Educação e da Saúde, através da Portaria nº 282/90, de 17 de Abril, apresenta uma carga horária total de 3.576 horas, sendo 1.616 atribuídas ao ensino teórico e 1.960 ao ensino clínico, portanto mais 344 horas, distribuídas ao longo dos três anos, como se pode verificar no quadro 5. Ao analisarmos este quadro, verificamos que, à medida que a carga horária teórica diminui ao longo do curso, aumenta a carga horária de ensino clínico, ou seja, o ensino clínico excede em 344 horas o ensino teórico. As 1.960 horas práticas são divididas por nove estágios com características próprias, objectivos precisos e orientação específica, pelo que constatamos que o curso de enfermagem tem uma elevada componente prática.

A fim de que os estudantes possam fazer uma aprendizagem gradual e cumulativa, aumentando faseadamente o grau de complexidade, após um bloco de teoria, pilar de suporte de saberes, há necessidade de os inserir no contexto real de trabalho, uma vez que “o estágio deverá ser um momento em que os estagiários actuem e se envolvam activamente no processo de desenvolvimento” (Amaral et al, 1996, p. 108).

Quadro 4 – Distribuição da carga horária do Curso Superior de Enfermagem

ANO	SEMESTRE	ENSINO TEÓRICO	ENSINO CLÍNICO
1º	1º	385 h	140 h – Estágio I
	2º	375 h	315 h – Estágio II e III
2º	1º	350 h	350 h – Estágio IV
	2º	190 h	280 h – Estágio V
3º	1º	172 h	420 h – Estágio VI e VII
	2º	144 h	455 h – Estágio VIII e IX
TOTAIS		1.616 h	1.960 h
TOTAL		3.576 h	

ESTÁGIO I

Após 385 horas de ensino teórico, e depois do confronto com um corpo de disciplinas anuais, de Psicologia, Sociologia, Anatomo-Fisiologia, Patologia e Terapêutica I; e semestrais de Biofísica e Bioquímica, Bacteriologia, Farmacologia e Fundamentos de Enfermagem, os estudantes possuem conhecimentos, princípios teóricos e teórico-práticos, que lhes permitem circular pela primeira vez, como estagiários, num hospital a fim de se iniciarem na prestação de cuidados e ensino ao doente e seus familiares.

É o primeiro estágio do ensino clínico e, como é óbvio, é o que tem menor duração, 140 h, ou seja 4 semanas, a fim de proporcionar o primeiro contacto com uma realidade pesada, que pretendemos que o estudante realize com reduzido desgaste emocional.

Embora seja sempre programada uma integração formal e uma visita geral ao hospital, antes do início do ensino clínico e sejam seleccionados, sempre que possível, campos de estágio com características adequadas ao momento de formação, consideramos e temos a experiência de que os primeiros momentos de estágio suscitam algum stress emocional aos formandos. Uns choram, uns desmaiam e outros verbalizam que não sabem se, ou como, se vão adaptar ao ambiente hospitalar. Este momento de desenvolvimento pedagógico, com objectivos próprios e discutidos com os estudantes, o que acontece nos estágios seguintes, normalmente ocorre em unidades de internamento de medicina geral. Aí, os formandos aplicarão os conhecimentos teóricos das várias disciplinas e os instrumentos básicos de enfermagem, na prestação de cuidados de higiene e conforto, nutrição, hidratação e administração de alguns fármacos, a fim de, conjuntamente com o enfermeiro aprenderem a assistir o doente no seu todo, integrados num ambiente de enfermaria, com linguagem, horários, ritmos e rituais próprios.

ESTÁGIO II E III

Ao término da parte teórica do 2º semestre do 1º ano, onde foram incluídas as disciplinas semestrais de Epidemiologia, Introdução à Pedagogia, Introdução à Investigação e Estatística e Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários, segue-se o Estágio II, com a duração de 175 horas, em Cuidados de Saúde Materno-Infantil e o Estágio III, com 140 horas, em Cuidados de Saúde Primários.

O Estágio II realiza-se em unidades de Obstetrícia, onde os estudantes terão a possibilidade de integrar conhecimentos no âmbito do planeamento familiar, assistência à grávida, à puérpera e ao recém-nascido sem patologia.

Por sua vez, o Estágio III efectua-se em centros de saúde, em contactos formais e informais com a comunidade numa perspectiva de promoção e educação para a saúde.

Estes momentos pedagógicos são bem aceites pelos estudantes, pelo facto de os locais de estágio não serem tão carregados de sofrimento humano, e de lhes ser dada a oportunidade de, fundamentados em técnicas precisas, expandirem a sua criatividade no desenvolvimento de acções de educação para a saúde.

ESTÁGIO IV

Concluído o período teórico do 1º semestre do 2º ano, desenvolvido em 350 horas, onde se enquadram a disciplina anual de Patologia e as semestrais de Psicologia de Grupo, Informática, Nutrição e Dietética, Princípios de Administração e Enfermagem Médico-Cirúrgica, dá-se início ao Estágio IV.

Este espaço pedagógico de 350 horas desenvolve-se em unidades de internamento hospitalar, nas valências de medicina e cirurgia gerais, com o objectivo de proporcionar aos estudantes o contacto com jovens e adultos doentes, por forma a cimentar os conhecimentos teóricos que têm vindo a adquirir, tanto na vertente teórica como na relacional e técnica.

Em função das características e da carga horária deste estágio, os formandos têm possibilidade de desenvolver as capacidades de observação, comunicação, espírito crítico, espírito de grupo e de equipa, em função do planeamento, execução e avaliação dos cuidados e ensino prestados aos doentes e familiares.

Durante este momento os estudantes são iniciados na realização de pequenos trabalhos académicos, em grupo, a fim de contextualizar os conhecimentos de Epidemiologia, Investigação e Estatística, de acordo com o estudo a desenvolver.

ESTÁGIO V

O 2º semestre teórico que precede este estágio tem a duração de 190 horas, com a inclusão das disciplinas de Gerontologia e Geriatria e Enfermagem de Especialidades Médico-Cirúrgicas, com a finalidade de fornecer aos estudantes os subsídios específicos para a prestação de cuidados de saúde diferenciados e a doentes em unidades de especialidades médico-cirúrgicos.

Enquanto que no estágio anterior foi dada, aos formandos, a possibilidade de adequar, desenvolver e experienciar conhecimentos e técnicas de âmbito geral, neste estágio, além desses conhecimentos, habilidades e competências apreendidas, é-lhes permitida a formação em cuidados mais dirigidos e específicos, ou seja, em unidades de internamento hospitalar de Neurologia e Ortopedia, onde há maior incidência de idosos com as patologias específicas de acidentes vasculares cerebrais e alterações ortotraumatológicas, respectivamente. A estes doentes e familiares é necessário dispensar cuidados e ensinamentos específicos, com o objectivo de estabilizar ou, quando possível, fazer reverter a doença de que são portadores.

Ao concluírem este momento de formação, os estudantes possuem uma carga horária de 1085 horas (31 semanas) de estágio hospitalar, onde desenvolveram e integraram conhecimentos, habilidades e competências técnicas, especialmente úteis para a realidade que reencontrarão aquando do estágio VIII e IX, designado de integração à vida profissional, uma vez que a próxima realidade é um pouco diferente.

ESTÁGIO VI E VII

A carga teórica do 1º semestre do 3º ano é preenchida com Pediatria, Enfermagem Pediátrica, Psiquiatria, Enfermagem Psiquiátrica e Técnicas de Intervenção, a fim de preparar os estudantes para os estágios nas valências de pediatria e psiquiatria.

Neste contexto, o Estágio VI com 210 horas será realizado em unidades de internamento hospitalar de pediatria a fim de que os estudantes tenham conhecimento da realidade desta faixa etária.

Durante este estágio, os estudantes, pelos conhecimentos que já possuem, vão certificar-se que a criança não é um adulto pequeno, como foi entendido durante muito tempo, mas é um ser em desenvolvimento, com uma psicologia própria, mais ou menos afectada com a doença prolongada ou os maus tratos que lhe são infligidos, precisando de apoio e cuidados de enfermagem inerentes ao seu problema e estágio de desenvolvimento.

Com o Estágio VII, igualmente de 210 horas, os formandos vão ter possibilidade de aprender a cuidar de doentes com desvios de comportamento, seja qual for o factor desencadeante e a idade, em unidades de internamento hospitalar de psiquiatria.

ESTÁGIO VIII E IX

O último semestre teórico do curso é o que apresenta a carga horária mais reduzida (144 horas), dedicadas exclusivamente à abordagem do último tema curricular – Integração à Vida Profissional, através de seminários e sessões lectivas. Tem o objectivo de possibilitar aos estudantes os requisitos indispensáveis ao bom desenvolvimento dos últimos estágios do curso.

Com este momento de ensino clínico designado de Integração à Vida Profissional pretende-se que os estudantes se integrem numa equipa profissional, em horários por turnos e sem a presença permanente do docente de enfermagem. Desta forma, os estudantes serão acompanhados pelos enfermeiros do serviço em causa e tutoriados pelo docente, para que, com o curso a chegar ao fim, pelo menos consigam equacionar dois aspectos:

- O primeiro, directamente relacionado com as práticas inerentes ao ensino clínico;
- O segundo, com as possíveis áreas de trabalho como futuros enfermeiros.

No que diz directamente respeito à formação prática, os estudantes não fazem o mesmo percurso. Por variadíssimas razões, internas ou externas aos próprios formandos, as vivências de uns não serão seguramente as mesmas dos outros, na medida em que não passam todos pelos mesmos campos de estágio. De igual modo, no que toca a áreas de trabalho, uns ficam mais sensibilizados para irem trabalhar em centros de saúde, onde poderão investir na promoção da saúde, enquanto que outros ficam mais motivados para a

área de cuidados em ambiente hospitalar, onde coexiste um elevado nível de stress com momentos de plena gratificação.

Por estas e tantas outras razões possíveis, neste momento impõe-se que os estudantes reavaliem as suas tomadas de decisão e revejam os aspectos que pretendem aprofundar, ou experienciar aqueles que não foi possível ao longo do curso, a fim de poderem realizar estes estágios com um profundo empenhamento científico, técnico e relacional.

Decorrente disso, o Estágio VIII terá lugar em hospitais e o Estágio IX em centros de saúde, para que os estudantes dissipem dúvidas, de âmbito pessoal e profissional, a fim de, o mais esclarecidos possível, se candidatarem aos locais de trabalho de sua eleição.

Ao longo dos três anos do curso, seguramente que os estudantes, à medida que fazem a integração de conhecimentos vão modificando atitudes e comportamentos que lhes permitem: “saber”, ou seja, ser detentores de conhecimentos de modo a olhar, ver e compreender as pessoas nas várias vertentes; “saber-fazer”, o que significa desenvolvimento de capacidades técnicas que permitem, de uma forma autónoma ou interdependente prestar cuidados globais aos doentes e, “saber-ser”, na medida que devem tomar atitudes de acordo com o seu nível académico e categoria profissional, numa perspectiva de inovação e desenvolvimento científico.

Estes pressupostos terão tanto mais significado para os estudantes, quanto mais se desenvolverem as relações interpessoais, a autonomia e o espírito de responsabilização durante a formação, onde a supervisão em ensino clínico seja desenvolvida num clima de total parceria com o professor, usufruindo assim os formandos das orientações e correcções pontuais que o supervisor possa vir a fazer-lhes sempre numa perspectiva construtivista.

7.2 – MODELOS DE FORMAÇÃO

Quando no nosso quotidiano nos referimos a um modelo de casa, de carro, de pessoa, estamos a associar um conjunto mais ou menos vasto de imagens e características que nos impressionam e estimulam a fazer uma adopção. Daí nós termos preferência por

determinado estilo de traça arquitectónica ou por certa marca de carro, assim como admirar justamente aquele tipo de pessoa (homem, mulher, enfermeiro, médico, professor...), porque “um dos significados do vocábulo **modelo** é algo eminentemente digno de imitação, exemplar ou ideal” (Kaplan, 1975, p. 265).

Segundo Costa e Melo (1998), o mesmo termo é tido como um “esquema teórico em matéria científica representativo de um comportamento, de um fenómeno ou conjunto de fenómenos”.

Daniel (1987), citando Ritter, define modelo como “um sistema ordenado e lógico de pensamento, construído não meramente através de um acto de imaginação criativa ou reflexiva, mas com base em evidência empírica” (p. 23). Em complemento, o autor refere que, “os modelos têm seu valor simbólico ou representativo no direccionamento teórico, mas precisam servir igualmente a propósitos realísticos” (p. 22).

Assim, um modelo não deixa de ser uma representação. Não é propriamente uma “coisa real, mas de algo que está de acordo, ou representa o mais próximo possível, essa coisa” (Pearson e Vaughan, 1992, p. 2). Dessa forma “um modelo obriga a uma outra prática, um outro olhar, uma outra maneira de estar” (Salgueiro, 1999, p.11).

Efectivamente que qualquer modelo de formação ou de intervenção educativa, como também é referido, necessita de ser dado a conhecer, na sua conceptualização, conteúdos e objectivos, de forma a ser minimamente compreendido para poder conquistar aderentes que viabilizem a sua prática.

Desde a antiguidade, já antes de Cristo, que os filósofos e pedagogos se têm debruçado sobre esta matéria, procurando linhas orientadoras para a conduta da humanidade, estando entre eles, como nos refere Marques (1998), Lao Tseu (570 a.C.? - 490 a.C.?), sendo a sua obra “O Livro da Vida e da Virtude” um manual precioso a ser seguido por aqueles que pretenderem seguir uma vida digna. Marques (1998), na sua obra “A Arte de Ensinar: Dos Clássicos aos Modelos Pedagógicos Contemporâneos”, numa perspectiva de fornecer aos leitores informação relevante sobre a matéria, dá-nos a conhecer os princípios ou modelos defendidos por alguns autores clássicos e

contemporâneos, o que consideramos de crucial importância. Contudo, a fim de evitar profusão de informação, julgamos pertinente fazer a abordagem do tema sob a forma genérica de quadro, nele apresentando os autores e princípios, que de uma forma ou de outra sustentam a conceptualização do nosso modelo.

Quadro 5 – Modelos de Pedagogos Clássicos

MODELOS/AUTORES	PRESSUPOSTOS
Lao Tseu (570 a.C.?-490 a.C.?) Nasceu na China há mais de 25 séculos e talvez contemporâneo de Confúcio	– Valoriza a arte de viver na moderação (como primeiro sentido do homem), na prudência, na simplicidade, na sensatez e na liberdade.
Juan Amós Coménio (1592-1670) Nasceu em Niewniz na Morávia	– Anseia por um método em que os formadores “ensinem menos” e os formandos “aprendam mais”, de modo a que haja nas escolas “menos trabalho inútil” e “mais sólido progresso”.
Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) Nasceu em Génève	– Pretende uma escola “fonte de vida”, onde todos se sintam bem e não haja autoritarismo; – Refere que logo que haja desejo de aprender, “qualquer método será eficaz”.
John Dewey (1859-1952) Nasceu em Burlington, no Estado de Vermont	– Defende uma escola que funcione sob o trabalho de projecto, a resolução de problemas e o inquérito social; – É de opinião que seja a escola a elaborar os programas num equilíbrio ajustado com os projectos dos alunos; – Preconiza métodos diferentes para diferentes actividades, embora defenda que o método experimental - “fazer e experimentar”, por si só, leva ao conhecimento.

Fonte: Inspirado em MARQUES (1998).

Marques (1998), refere que, embora pouco se saiba sobre a “personagem mítica” de Lao Tseu, o legado que deixou à humanidade torna-o “um dos pensadores mais proeminentes de todos os tempos” (p. 18). Coménio é considerado um acérrimo defensor da universalização e democratização da escola, continuando actualizadas as soluções que ele apontou para os grandes problemas da educação sendo, “sem dúvida, o maior pedagogo de todos os tempos” (p. 35); atrevendo-se naquele tempo a dar ênfase à aprendizagem sobre o ensino, Rousseau antecipa, em dois séculos o pensamento de pedagogos contemporâneos, dando ênfase à satisfação que se deve viver na escola. Embora Dewey continue muito actualizado, aliás, entre nós só agora começa a ter vulto o trabalho de projecto, pecando em sobrevalorizar o experimentalismo como fonte produtora de conhecimento.

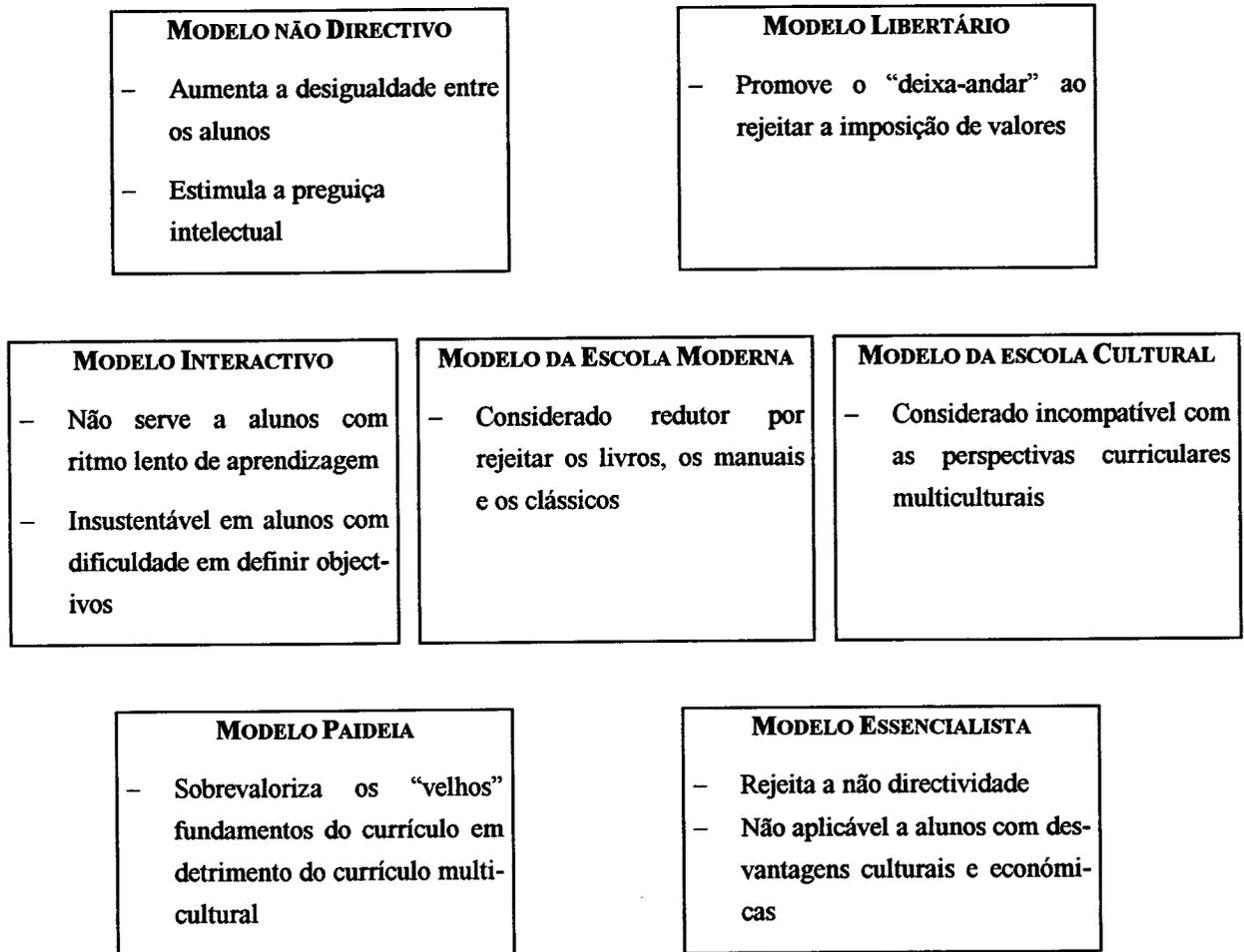
Quadro 6 – Modelos de Pedagogos Contemporâneos

MODELOS/AUTORES	PRESSUPOSTOS
Modelo não directivo Carl Rogers	<ul style="list-style-type: none"> - Valoriza mais o domínio emocional do que o cognitivo porque defende que o aluno deve ser ajudado a aceitar-se “tal como é” numa perspectiva de felicidade e realização do seu potencial; - Entende o professor como um facilitador da aprendizagem, na medida em que “ninguém ensina ninguém”; - Defende o processo educativo centrado no desenvolvimento pessoal.
Modelo libertário A. S. Neill	<ul style="list-style-type: none"> - Considera que o objectivo da educação seja a felicidade individual; - Não aceita a imposição de valores; - Defende a aprendizagem cooperativa.
Modelo interactivo Jean Piaget	<ul style="list-style-type: none"> - Privilegia o desenvolvimento das relações sociais durante a aprendizagem; - No processo ensino-aprendizagem valoriza mais o “processo” que o “produto”; - Permite que o aluno defina objectivos e seleccione estratégias com ou sem ajuda do professor.
Modelo da escola moderna Célestin Freinet	<ul style="list-style-type: none"> - Aposta na criatividade e espontaneidade; - Defende o plano de trabalho individual que se desenvolve de acordo com o ritmo e interesses pessoais; - Valoriza a participação do aluno na tomada de decisões; - Enfatiza o trabalho de grupo, considerando o aluno como um “produto” e o processo de aprendizagem como um “trabalho”.
Modelo da escola cultural Manuel Patrício	<ul style="list-style-type: none"> - Defende a escola numa “perspectiva multidimensional” permitindo ao aluno desenvolver-se livremente; - Valoriza a construção do conhecimento pelo confronto com a realidade, dando “primazia” à aprendizagem face ao ensino; - Estimula a diversificação das metodologias.
Modelo paideia Mortimer Adler	<ul style="list-style-type: none"> - Aposta na escola que prepare os alunos a enfrentar as rápidas e sucessivas mudanças, não os preparando directamente para uma profissão específica; - Valoriza a escola que investe no desenvolvimento das competências intelectuais e no ensino tutorial.
Modelo essencialista Ted Sizer	<ul style="list-style-type: none"> - Investe no construtivismo interaccionista sendo o professor o dinamizador e facilitador da aprendizagem; - Enfatiza o trabalho do aluno em pequenos grupos, seminários, resolução de problemas e metodologia do projecto; - Considera que as “áreas disciplinares básicas” se desenvolvam de manhã e as tardes sejam ocupadas com estudo, actividades extra-curriculares, desenvolvimento de projectos comunitários e ensino tutorial.

Fonte: Inspirado em MARQUES (1998).

Após a breve apresentação dos modelos dos autores contemporâneos, consideramos pertinente dar a conhecer a opinião crítica de alguns autores citados por Marques (1998), sobre estes modelos, à semelhança do que fizemos para os clássicos, mas de forma esquemática.

Figura 8 – Síntese da apreciação crítica negativa aos vários modelos



Fonte: Inspirado em MARQUES (1998).

Decantados destes princípios e modelos, outros eclodiram:

- *Modelo de imitação artesã*, em que o saber fazer era rigorosamente transmitido às gerações seguintes através dos mestres (pais ou outros) por forma a perpetuar a cultura, sempre através “de bons modelos e na perpetuação dessas qualidades através da imitação” (Alarcão e Tavares, 1987, p. 20).

No fundo é o que se verifica no ensino de enfermagem. Quando em laboratório ou em estágio, o docente ou o enfermeiro demonstra e exemplifica (fazendo) um determinado procedimento técnico, além do suporte teórico está presente a arte, que se perpetuará ou não, em que “a qualidade de um saber fazer, depende da maneira como foi adquirido” (Reboul, 1982, p. 44).

- **Modelo psicopedagógico/desenvolvimentista**, centrado no estudante, perspectivando a “auto-aprendizagem” com o objectivo geral de o ajudar a “tornar-se pessoa”, de uma forma progressiva e global, atendendo ao meio donde é proveniente, aos seus interesses e expectativas (Tavares e Alarcão, 1985).

O desenvolvimento da auto-aprendizagem faz-se através do desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas com a tomada de decisões estruturadas. Os estudantes de enfermagem, pela especificidade do curso (aprender a cuidar de pessoas, mais ou menos sofredas) necessitam de muito apoio dos professores durante o ensino clínico, momento pedagógico em que têm de passar do “saber” ao “saber-fazer” e o “saber-estar”, confrontando-se com uma realidade totalmente diferente da simulação em laboratório.

Nos primeiros contactos, os estudantes não sabem dialogar com os doentes, têm medo, inibição de lhes tocar, sendo o professor ou o enfermeiro a tomar a iniciativa, incentivando-os gradualmente a tomar a liderança, sempre na perspectiva desenvolvimentista, na procura de os ajudar a “tornar-se pessoa”.

- **Modelo clínico**, assente na observação analítica do real tem o objectivo de aperfeiçoar a prática docente (Alarcão e Tavares, 1987). Transportado para a nossa realidade, este modelo procura levar à melhoria das práticas dos cuidados, a nível técnico e relacional.

Este cenário dá lugar ao desenvolvimento da supervisão, que segundo Alarcão e Tavares (1987) e Vieira (1993), se processa num ciclo com três fases:

- O encontro pré-observação;
- A própria observação;
- O encontro pós-observação.

No contexto formativo dos nossos estudantes, durante a pré-observação ajudamos o estudante a identificar o problema que vai procurar resolver de imediato. Durante a observação ensinamos o estudante a identificar a diferença entre olhar e observar. Com a pós-observação, pretendemos ajudar os estudante a analisar criticamente os resultados obtidos e os recursos utilizados.

Perante esta profusão de modelos, suas vantagens e desvantagens, onde se desenham com particular nitidez, similaridades e discrepâncias mais ou menos acentuadas, o importante é que sejamos capazes de retirar o positivo que emana de cada um deles (isso é possível), a fim de definirmos linhas de orientação conducentes a uma postura pedagógica flexível, e científica, junto dos estudantes, num contexto de desenvolvimento pessoal e profissional, não olvidando as suas diferenças, os seus interesses, mas também os seus medos e os seus preconceitos, conscientes de que se a mudança de um modelo directivo para um não directivo é difícil para os professores, não o é menos para os estudantes e, momentos há, em que os dois são necessários e profícuos.

7.3 – QUE MODELO PARA O ENSINO CLÍNICO?

Pela nossa experiência entendemos que é necessário pôr em prática modelos de formação que não só permitam a satisfação pedagógica dos estudantes, facilitem a ligação entre a teoria e a prática contextualizada, mas também possibilitem o *feedback* decorrente da prática reflectida, de modo a que, permanentemente, se faça a (re)construção da teoria. Nesse contexto e como refere Mendonça (1996), o rápido crescimento que se tem operado na profissão de enfermagem tem sido o desafio que tem levado à cogitação e implementação de novos percursos na formação, a fim de preparar enfermeiros aptos a enfrentar as sucessivas alterações a nível da prestação dos cuidados de saúde. Defende ainda o autor, que os docentes têm necessidade de utilizar novas metodologias, tendo nas práticas clínicas uma riqueza de oportunidades de aprendizagem.

Oliveira e Neves (1995), entendem que a:

“Formação experiencial (...) valoriza a experiência reflectida, de modo a que os formandos consciencializem as suas acções, sobretudo as imediatas, partindo do princípio que toda a aprendizagem parte da prática e do conhecimento reflexivos, podendo iniciar-se no ponto onde aquilo que habitualmente se toma por certo é questionado” (p. 8).

Entre outros autores, Niza (1997), defende que o reflectir-se sobre a acção facilita as aprendizagens complexas em formação. No entanto deve haver equilíbrio entre “a acção e a reflexão, devendo as duas dimensões coexistir alternadamente (...) experiência em excesso não aumenta o efeito e, sem reflexão, não há desenvolvimento” (Campos, 1991, p. 12).

O reflectir-se sobre as práticas diárias alarga o conhecimento, em simultâneo com o avanço na produção de saberes (Carneiro, M.G. 1997). No entanto, a prática reflexiva não depende só dos professores e estudantes, mas também das escolas, pois “convém ainda referir que a implementação de metodologias de prática reflexiva, requer um acompanhamento do aluno mais pormenorizado, o que por sua vez exige um *adequado ratio professor/aluno*” (Oliveira e Neves, 1995, p. 9).

É ainda Carneiro M. G. (1997), que alerta para a necessidade das escolas se questionarem sobre os modelos de formação que estão a seguir, interrogando-se se são os indicados para a construção dos “saberes práticos”. Embora essas interrogações sejam uma constante, alguns docentes de enfermagem, conscientes das mudanças educativas em geral, e em particular, na formação em enfermagem, têm vindo a dar o seu contributo na formação de estudantes reflexivos porque, como refere Nóvoa (1988), cada vez mais se verifica que os actuais modelos não respondem às exigências do presente, pelo que o sucesso educativo está em suscitar nos formandos a necessidade de actualização contínua, de modo a estarem preparados para o constante devir. Portanto, há que dar lugar a outros “perfis de saída da Formação (...)” (Duarte, 1996, p. 14), não interessando só o padrão de desempenho dos estudantes, ou seja, a proficiência nas suas habilidades técnicas, mas, através do modelo reflexivo, estimular os formandos a adquirir atitudes favoráveis à sua gradual integração no meio profissional, de modo que, adquiram não só utensílios cognitivos, mas também afectivos, que mais fácil e conscientemente os ajudem a resolver as situações com que se forem confrontando, tanto a nível profissional como pessoal.

8 – INOVAÇÃO PEDAGÓGICA

É consensual que “inovação e mudança são hoje temas recorrentes na actividade educativa” (Benavente, 1994, p. 7), neste virar de século e milénio, em que as inovações científicas e tecnológicas eclodem como por encanto a uma velocidade assustadora. Nesse contexto, sendo a escola “por excelência um lugar de futuro – porque nela, hoje, se prepara o homem de amanhã” (Sá-Chaves, 1989, p. 19), cabe aos professores impregnarem-se do novo paradigma, na medida em que uma escola aberta à mudança, ao mesmo tempo que ajuda a estruturar a personalidade dos estudantes dá-lhes suporte para resistirem à precaridade, ajudando-se assim às inúmeras mudanças quotidianas.

A nível planetário vão “caindo” as fronteiras geográficas, assistindo-se ao fenómeno da mundialização, em que circulam livremente bens e pessoas com uma facilidade extraordinária, provocando alterações mais ou menos significativas no tecido social. Hoje, mais do que fornecer grande quantidade de conteúdos aos estudantes, a prioridade assenta no desenvolvimento de “Capacidades, Aptidões e Atitudes”, o que vai levar mais do que o tempo necessário, na medida em que “as nossas escolas têm o rosto virado para o passado, para um sistema decadente” (Sá-Chaves, 1989, p. 38).

Benavente (1994), citando Perrenoud, refere que:

“o que nos faz falta hoje não é génio didáctico nem génio psicopedagógico, mas sim génio psicossociológico, porque continuamos a saber pouco como passar ao acto. As práticas (...) exigem a reconstrução de representações, a explicitação de projectos (...) novos modos de organização da escola” (p. 8-9).

Aceitando-se que a inovação ou mudança não acontece unicamente com as reformas, mas identificando os problemas, com recurso à análise retrospectiva no sentido de se definirem pistas de solução e fomentando o aparecimento de novas práticas e que para que isso se materialize de uma forma estruturada e não espontânea, a escola, aberta à mudança, necessita de se envolver num paradigma organizacional onde funcionem as

equipas e os projectos (Canário, 1998). Dessa forma, o investimento na mudança pode ser “um antídoto privilegiado contra a depressão, contra o cinismo, contra o refúgio no tédio, na rotina (...)” (Perrenoud, 1994a, p. 31).

É uma tarefa pouco fácil, requer trabalho persistente na intenção de ultrapassar os hábitos e a rotina, mais ou menos entranhada e fomentadora duma (falsa) segurança estabelecida. Mesmo assim, corre-se sempre o risco da mudança se tornar “objecto de conflito e de ruptura em velhas estruturas” (Benavente et al, 1993, p. 21), porque, no dizer da autora citada, a mudança das práticas implica que novas práticas se organizem, ou seja, muda-se, mudando. É esse mudar mudando, ao qual devemos aderir com a mente aberta e duma forma consciente, que nos obriga “a entrar num contínuo aprender desaprendendo” (Cabral, 1998, p. 3).

O conceito tradicional de professor, transmissor de conhecimentos teóricos e práticas deve dar lugar ao professor que inove e implemente novas lógicas de aprendizagem (Barbosa, 1997).

Mantendo essa mobilidade mental ao pensarmos nas práticas pedagógicas, não só estamos a reflectir sobre o nosso quotidiano mas também na aprendizagem dos estudantes, na medida em que:

“não se escolhem práticas como quem escolhe um prato na ementa de um restaurante (...) mudar os modos de acção exige que se explicitem os motivos, as razões, os objectivos e os projectos concretos” (Benavente et al, 1993, p. 20).

No mesmo contexto refere a autora citada, que a mudança das práticas não se pode fazer, sem se atender às alterações dos esquemas de referência que as têm sustentado.

Por sua vez, Thurler (1994b), defende que as estratégias a utilizar na mudança devem, não só facilitar o processo de mudança das “atitudes e práticas” dos professores, mas também preocupar-se com a melhoria do funcionamento da escola. Essa melhoria acontecerá, quando os professores conseguirem abandonar progressivamente a “cultura de individualismo exagerado” (Thurler, 1994a, p. 68) e passem a adoptar uma filosofia de trabalho cooperativo. Nessa escola, os professores interessar-se-ão mais por conhecer o que fazem os colegas e,

dentro de uma cultura colaborativa e desenvolvimentista, conseguirão “reduzir o individualismo didático, modelo dominante” (Perrenoud, 1994b, p. 113).

A experiência, nesta e noutras áreas mostra-nos que as mudanças significativas necessitam de tempo razoável para se realizarem. Enquanto se estrutura a mudança dá-se o avanço-recuo, na medida em que, durante esse período de tempo, simultaneamente se processa o abandono e aquisição de hábitos, construindo-se novas representações (Thurler, 1994a). A mudança assente na representação do real, orienta-se mais para a aprendizagem do que para o ensino, valorizando as necessidades dos estudantes, num contínuo desenvolvimento de confiança e bem-estar (Thurler, 1994b).

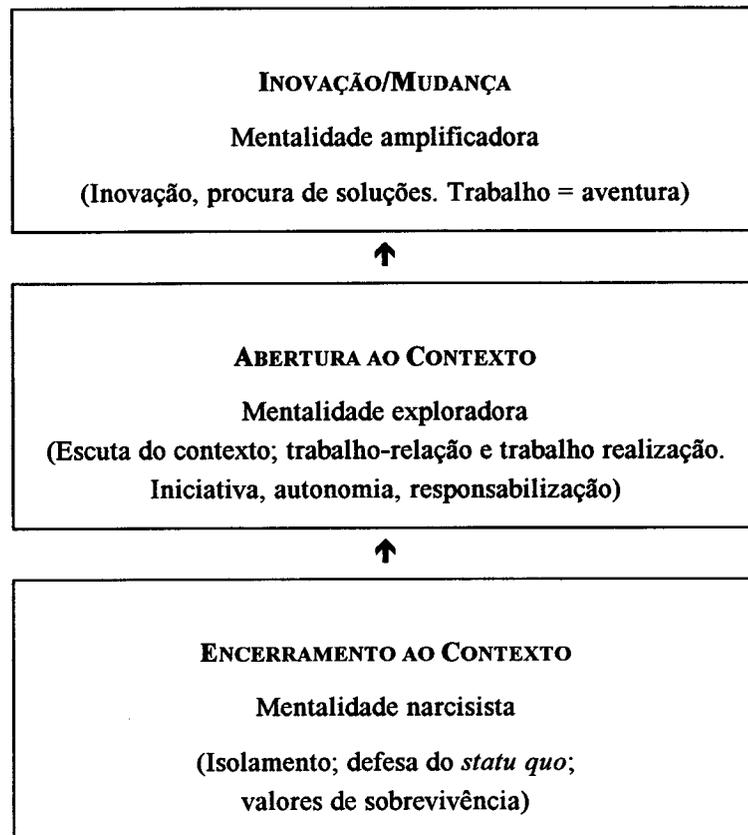
Para que isso se concretize há que opôr à imagem do professor inflexível a figura do artesão, que procura desempenhar eficazmente a sua profissão, com receptividade à inovação e à avaliação da prática que realiza diariamente (Perrenoud, 1994b).

É evidente que todo este mal estar ou resistência à mudança que de uma forma ou de outra se vive nas organizações, se deve a um problema cultural crónico. Como tal, há que mudar a cultura, ou seja, “um conjunto de hipóteses fundamentais que estruturam a generalidade dos comportamentos da gestão de empresa” (Thévenet, 1997, p. 154).

A mudança implica, como refere o autor citado, desligar-se de métodos e estratégias que permitirão a obtenção de resultados positivos, e por isso, pontos de referência de tal modo enraizados, que não é fácil rejeitá-los liminarmente. Contudo, contrariando o que defendem alguns, que a cultura só muda mudando-se de pessoas, o trabalho mais positivo não reside nisso, mas sim em identificar os pontos fortes e fracos de cada um, dando espaço para que através da sensibilização ou da formação, surjam novos comportamentos (Thévenet, 1997).

Nesse contexto, permitir-se-á que os elementos das organizações substituam a sua “mentalidade narcisista” por uma “mentalidade exploradora” ou mesmo uma “mentalidade amplificadora”, como sugere a figura 9.

Figura 9 – Desenvolvimento cultural de uma organização



Fonte: Inspirado em THÉVENET (1997).

É dentro de um contexto de mentalidade amplificadora que urge desenvolver as organizações, com o inerente respeito pelo seu património cultural.

SEGUNDA PARTE - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

“Naturalmente que para haver investigação é necessário, antes de mais, um problema que mereça e possa ser investigado.”

SALGUEIRO, N. (1994)

1 – DESENHO METODOLÓGICO

1.1 – OBJECTO E TIPO DE INVESTIGAÇÃO

Ao longo da nossa prática docente, temos vindo a constatar, que o modelo seguido durante o ensino clínico, tem sido responsável pela pouca satisfação sentida e manifestada pela maioria dos estudantes da nossa escola. A nossa preocupação é tanto maior, na medida em que, se por um lado a formação académica e a experiência profissional dos professores tem aumentado, por outro, não nos parece ter aumentado na mesma proporção do esforço dos docentes, a satisfação dos estudantes.

Em pequenos estudos que temos vindo a desenvolver, face à questão colocada aos estudantes ao longo dos anos, ao finalizar os estágios, “como se sentiu durante o estágio hospitalar?”, os indicadores mais referidos têm sido:

- “Grande ansiedade e muito medo.
- Muito perdida e deslocada.
- Senti-me muito mal e desiludida.
- Tive medo e a sensação de que não iria aguentar.
- Perguntei-me muitas vezes o que estava ali a fazer.
- Tive muito receio que me perguntassem qualquer coisa.
- Fiquei arrasada psicologicamente.”

Esta situação tem-nos levado a reflectir sobre as nossas práticas pedagógicas, quer individualmente, quer em equipa, pondo-se-nos a seguinte questão: será que um outro modelo de formação melhoraria a satisfação dos estudantes face ao ensino clínico?

A partir desta questão logo outras se levantam, tais como: que modelo?, como e quem o utilizaria?

Depois de aprofundada pesquisa, decidimos sistematizar um conjunto de

estratégias possíveis de aplicar durante esse período de formação, as quais apresentaremos mais à frente, quando nos referirmos à concepção e aplicação do modelo seguido em ensino clínico, dado que neste momento parece-nos adequado salientar que esta questão, embora inserida na complexa problemática que é a orientação de estudantes em estágio, é possível de ser investigada num contexto de investigação-acção.

A investigação-acção tem vindo a conquistar espaço na área das Ciências Sociais e da Educação, entre outras, pelas características de que se reveste.

Concretamente na área educativa, a investigação-acção permite aos professores investigarem as suas práticas, num contexto de cooperação, a fim de prevenir o levantamento e consolidação deformada da realidade e através duma reflexão conjunta, sejam identificados e analisados os meios e técnicas disponíveis, concretamente à mudança da realidade prática vivida por professores e estudantes. Neste clima, simultaneamente à melhoria da prática docente há condições de produção de uma teoria contextualizada e prática, uma vez que a investigação-acção permite a resolução dos problemas num contexto participativo, facilitando o acesso à produção do saber (Dolbec, 1997).

Pelo exposto inicialmente, pensámos envolver no nosso estudo dois colegas no papel de colaboradores, os estudantes aderentes a este processo, e de certo modo os enfermeiros dos locais de estágio por onde passaram os estudantes, que embora não aceitando tomar uma participação activa, também não levantaram qualquer obstáculo à sua implementação.

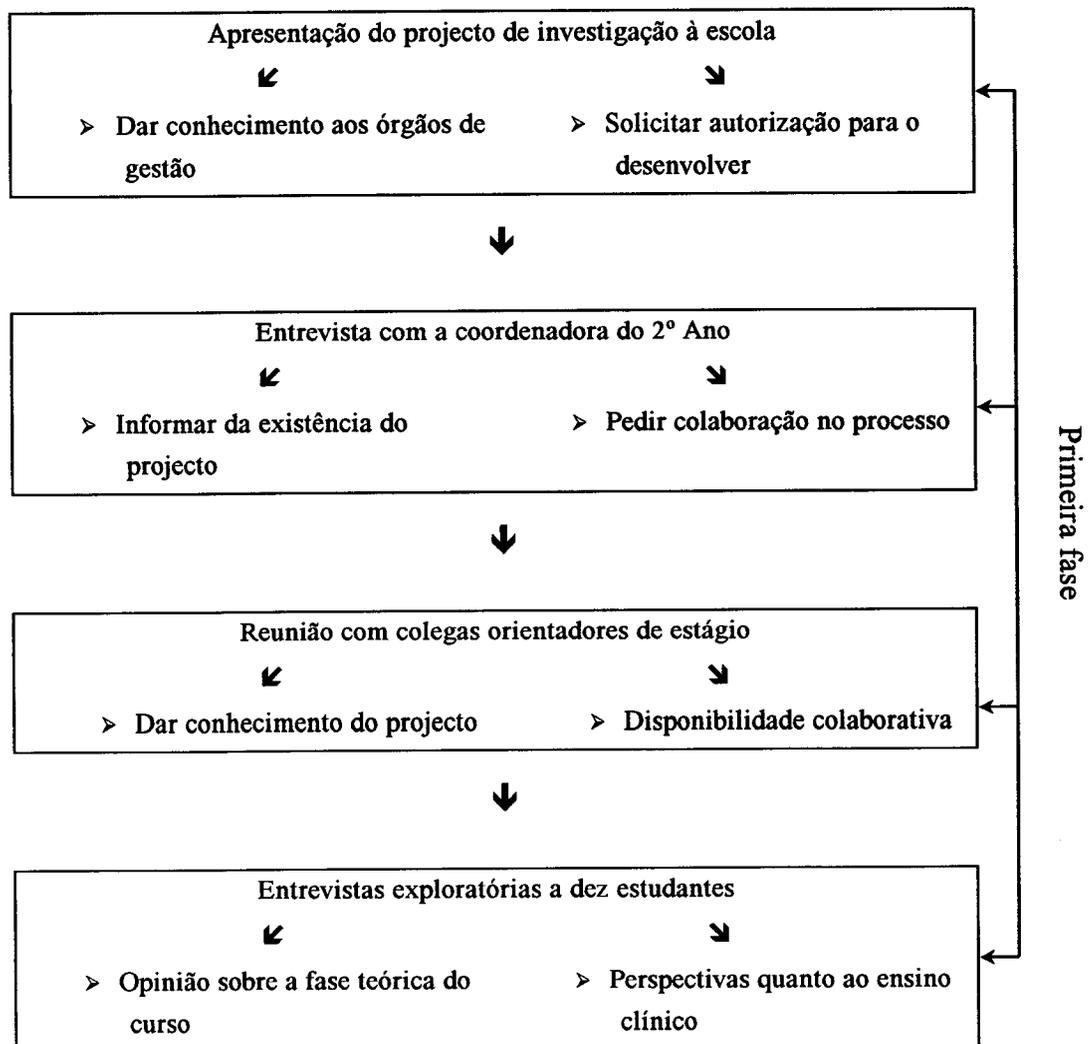
Com base em Elliot (1990) e Dolbec (1997), todas as fases do processo se foram sucedendo com naturalidade e sequência lógica, como passamos a apresentar:

- A primeira fase do processo foi menos acidentada do que esperávamos, uma vez que nos contactos com os vários intervenientes encontramos disponibilidade para ouvir a nossa mensagem e aderir ao projecto. Assim, depois de dar conhecimento do projecto aos Órgãos de Gestão da Escola e solicitar autorização para a sua realização, que foi concedida, seguiu-se uma entrevista com a Coordenadora do 2º ano. Neste momento demos informações detalhadas sobre o projecto, especificando o modelo e as estratégias

inerentes ao seu desenvolvimento. Solicitámos a sua anuência na forma de fazer a formação dos grupos por sorteio e igualmente sorteá-lo pelos docentes envolvidos no estudo, como habitualmente é feito.

Seguidamente, em entrevistas informais, contactámos as duas colegas, uma mestre em Saúde Operacional e outra mestranda em Saúde Pública, que já tinham mostrado interesse em colaborar, envolvendo-se e comprometendo-se na utilização do modelo junto dos estudantes a orientar. Foi analisado o modelo e assente a colaboração durante o processo.

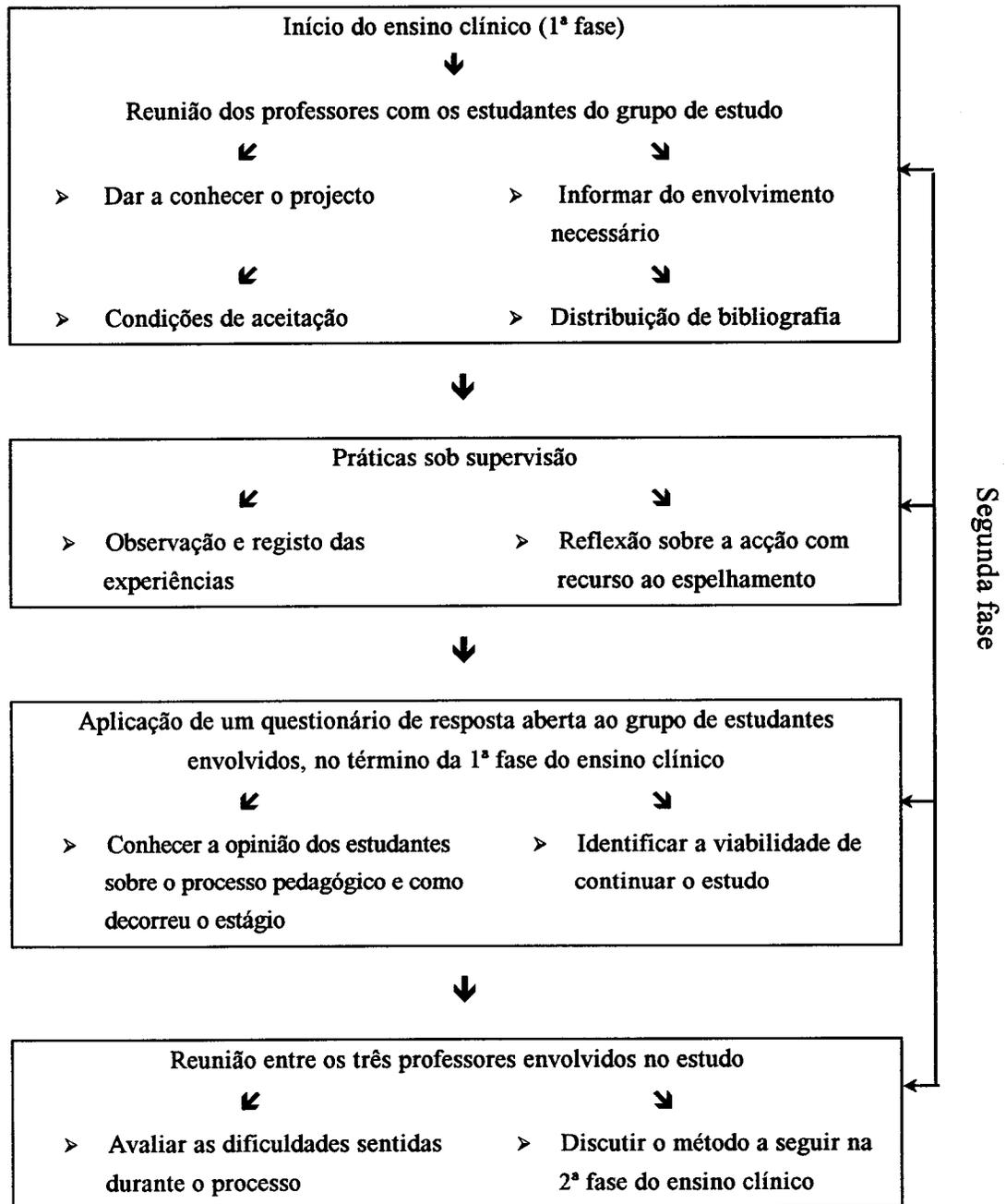
Finalizámos esta fase, que esquematizamos a seguir, com uma entrevista exploratória a dez estudantes.



- A segunda fase permitiu que cada um dos três professores desse conhecimento do projecto aos estudantes, os informasse do envolvimento necessário e convidasse à colaboração. Foi fornecido um guião, que apresentaremos no capítulo 2, de modo a esclarecer os estudantes do pretendido e dos passos a seguir.

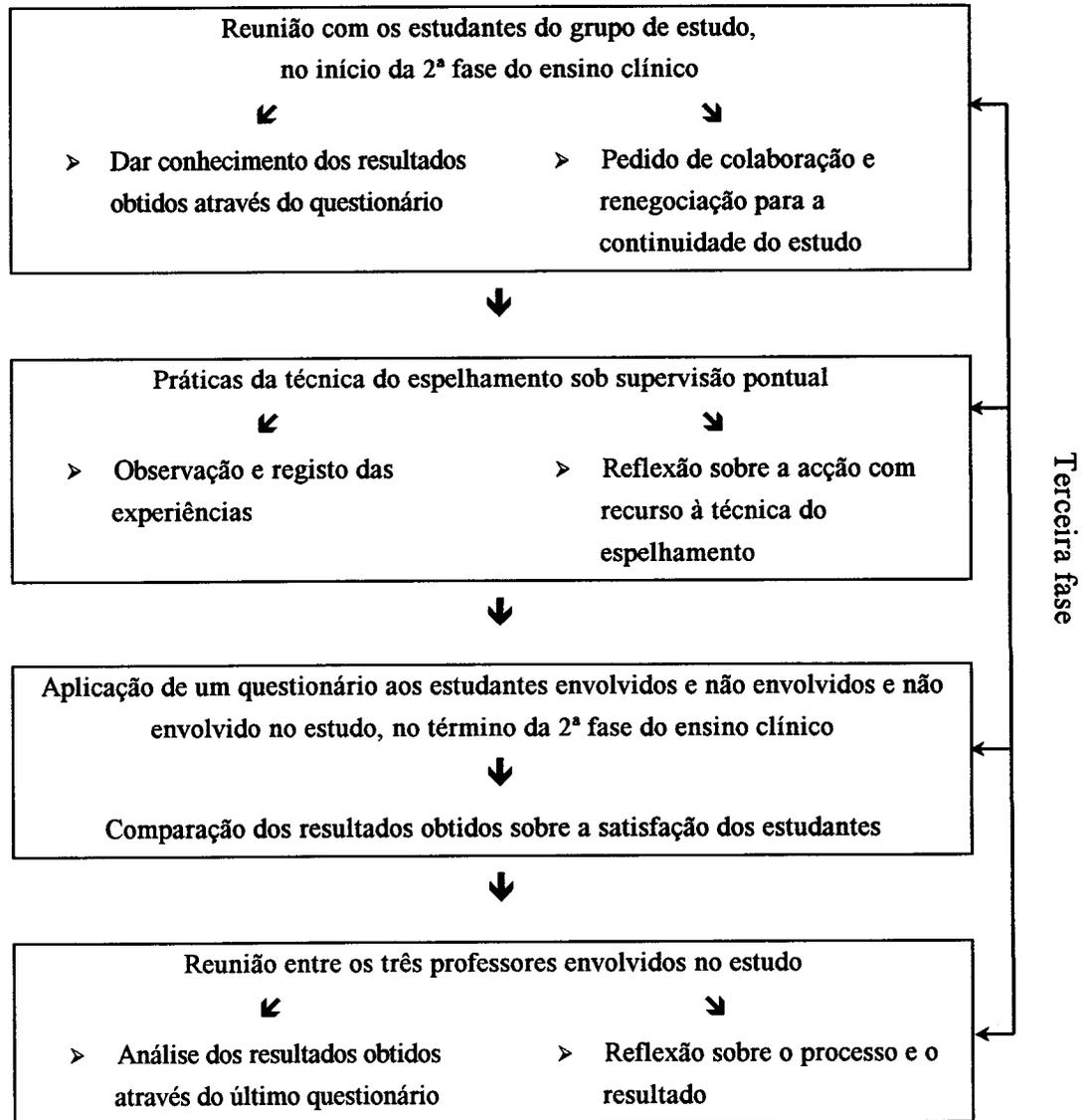
Esta fase foi rodeada por um período de grande tensão por parte dos estudantes envolvidos, do investigador e colaboradores. Os estudantes, ainda com pouco domínio sobre as práticas tiveram dificuldade em realizar as vinte experiências reflexivas, que incluíam a técnica de espelhamento, que nós tínhamos previsto ser o número indicado e tinha sido negociado com os estudantes, o que acabou por criar alguma ansiedade, embora no final do estágio se tivesse verificado uma melhoria significativa.

Terminada o primeiro momento de estágio aplicámos o questionário-A de resposta aberta (Anexo III), com o objectivo de conhecer a opinião dos estudantes sobre o modelo seguido e daí constatar da pertinência ou não da continuidade do estudo. Cumprido este procedimento e após o tratamento dos dados, como podemos verificar pelo (Anexo IV), os dados obtidos são de grande riqueza, tanto qualitativa como quantitativa, o que nos permitiu reunir com os colegas a colaborar no estudo, a fim de avaliar as dificuldades sentidas durante o processo, os resultados obtidos, bem como preparar o segundo momento do ensino clínico, como a seguir apresentamos em esquema.



- A terceira e última fase do processo foi mais gratificante que a anterior, na medida em que os estudantes, já mais maduros, mais confiantes, até pelo conhecimento dos resultados do trabalho que desenvolveram no primeiro estágio e com conhecimentos mais profundos, após renegociação do processo, aceitaram retomar as práticas conduzidas num contexto idêntico ao primeiro momento (convite do colega para a formação da dupla de trabalho, selecção do doente a quem prestar cuidados e reflexão sobre a acção com o recurso à técnica do espelhamento) neste segundo tempo do estágio, o que deu maior consistência ao estudo.

No final do ensino clínico, verificámos o impacto do modelo reflexivo sobre o nível de satisfação dos estudantes que nele se envolveram, comparando com o nível de satisfação de estudantes que não tiveram tal possibilidade, aplicando um questionário, que após a análise dos resultados permitiu que o investigador e colaboradores reflectissem e avaliassem o processo e o resultado da implementação do modelo como esquematizamos a seguir.



1.2 – PRINCÍPIOS DEONTOLÓGICOS

NEGOCIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A fim de materializarmos os nossos objectivos, em primeiro lugar apresentámos o projecto de investigação e solicitámos autorização à Escola para a realização do trabalho,

no contexto do ensino clínico. Seguidamente apresentámos o projecto à Coordenadora do Curso, dando a conhecer a autorização da Escola e solicitámos a sua colaboração.

Como já referimos, reunimos com os colegas implicados na supervisão dos estudantes e que aderiram ao processo. Informámos dos passos anteriores e dissipámos algumas dúvidas que entretanto surgiram. Finalmente demos a conhecer o projecto aos estudantes, apresentámos o guião que se ia seguir e pedimos uma colaboração livre e desinteressada, para além do contexto formativo. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade, bem como a disponibilidade de “feedback” relativamente aos resultados do estudo.

1.3 – HIPÓTESE DE INVESTIGAÇÃO

A formulação de hipóteses é feita com base num quadro teórico, de forma a interligar teoria e realidade, pelo que na opinião de Marconi e Lakatos (1988), as hipóteses são proposições que procuram verificar a validade das respostas possíveis para um problema a estudar.

Para que o investigador não se perca ao longo do processo “a organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho constitui a melhor forma de a conduzir com ordem e rigor” (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 119). Estes autores referem ainda que as hipóteses “alicerçadas” numa sólida reflexão teórica, promovem o “espírito de descoberta”, na procura de respostas para uma questão.

A este propósito, as hipóteses são uma previsão ou tentativa de explicação provisória, entre duas ou mais variáveis e que devem ser testadas quando se pretende determinar a sua validade (Polit e Hungler, 1995). No entanto, as hipóteses devem ser simples, claras, compreensíveis e de possível verificação, de forma a “servir de explicação para o problema que foi enunciado” (Rúdio, 1986, p. 83).

Entre outros autores, Polit e Hungler (1995), referem que, as hipóteses se podem designar de direccionadas, não direccionadas, de pesquisa e estatísticas ou nulas. Dentro

do mesmo contexto, e, uma vez que as mesmas autoras defendem que “é comum o pesquisador preocupar-se somente com as hipóteses de pesquisa (...) é mais desejável enunciar-se as reais expectativas do pesquisador” (p. 80), nós optamos por formular uma hipótese de investigação, simples, direccional e causal:

Os estudantes do 2º Ano do Curso Superior de Enfermagem que se envolverem num novo modelo de ensino-aprendizagem, inserido numa formação reflexiva, com recurso à técnica do espelhamento, no contexto do ensino clínico, apresentam-se mais satisfeitos no final do estágio, do que os estudantes que não forem submetidos ao mesmo processo.

Fundamentados em Polit e Hungler (1995), com a formulação das hipóteses, estamos em condições de seleccionar o plano de pesquisa ajustado aos objectivos, identificar a população e seleccionar a amostra, construir os instrumentos para colheita de dados para posterior tratamento, análise e discussão.

1.4 – VARIÁVEIS

À luz do conhecimento científico, a identificação das variáveis é uma fase fundamental em qualquer trabalho de investigação, pois é através da observação/medição que se encontrarão respostas para as questões iniciais e se testam as hipóteses formuladas. Com efeito, na opinião de Cervo e Bérvián (1983), as variáveis são aspectos, propriedades ou factos, reais ou potencialmente mensuráveis através dos valores que assumem, e discerníveis em matéria de estudo.

Para que seja possível a mensuração das variáveis, é necessário proceder à sua operacionalização, “processo que sofre uma variável (ou um conceito), a fim de se encontrar os correlatos empíricos que possibilitem sua mensuração ou classificação” (Gil, 1994, p. 81). Para o autor, a variável pode ser classificada em duas ou mais categorias e é passível de observação empírica e de mensuração.

A operacionalização das variáveis desenvolveu-se com base na fundamentação teórica e nas informações obtidas através das entrevistas exploratórias. Em matéria de

investigação os conceitos passam a ser designados por variáveis e as mais usuais são as independentes, dependentes, estranhas, atributo, activas e categorias (Polit e Hungler, 1995).

1.4.1 – Variável Independente

A este propósito, “as variáveis independentes são aquelas que afectam outras variáveis, mas não precisam estar relacionadas entre elas” (Richardson et al, 1989, p. 75).

As variáveis independentes funcionam como um estímulo, são manipuladas pelo investigador e são a “presumível metade causal” da relação causa-efeito (Sprinthall e Sprinthall, 1993).

Apoiados na fundamentação teórica e na questão de investigação, a variável independente do nosso estudo é o modelo de formação reflexiva, uma vez que é ele que poderá afectar a variável dependente. Por uma questão de sistematização do trabalho considerámos apresentar minuciosamente o modelo, a sua planificação, implementação e avaliação no capítulo 2 desta segunda parte.

1.4.2 – Variável Dependente

A variável dependente adquire importância fundamental em qualquer estudo, e para Richardson et al (1989), ela é afectada, ou explicada, pelas variáveis independentes e alterar-se-á de acordo com as modificações nelas verificadas. Por esse facto, no dizer de Polit e Hungler (1995), a variável dependente, também designada de variável de critério “é aquela que o pesquisador tem interesse em compreender, explicar ou prever” (p. 26).

A variável dependente que nos propomos estudar, é “*a satisfação dos estudantes sobre o ensino clínico*”, que será medida através de uma escala por nós construída, com quatro dimensões, ordenada por scores cuja pontuação pode oscilar entre intervalos que vão de 36 até 252 pontos. Nesta perspectiva, utilizámos variáveis de tipo intervalar, que são aquelas que possuindo as características das nominais e das ordinais, apresentam

distâncias iguais entre os intervalos que se estabelecem sobre a propriedade“ (Richardson et al, 1989, p. 73).

Como afirmam Polit e Hungler (1995), “as variáveis diferem muito quanto à facilidade com que podem ser operacionalizadas” (p.27). Assim, a variável dependente, satisfação, conceptualizada a partir dos autores apresentados na primeira parte deste trabalho, significa acto ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, é operacionalizada por quatro dimensões: relacionamento interpessoal, autonomia face à formação, responsabilização face à formação e supervisão em estágio, que estão directamente relacionadas com a problemática do nosso estudo. Estas dimensões e os itens que as constituem foram obtidos a partir dos conceitos dos autores, das entrevistas exploratórias e do questionário de questões abertas, aplicado no final do primeiro momento de estágio.

Por sua vez, cada uma destas dimensões é medida por nove indicadores, como apresentamos a seguir:

– Relacionamento interpessoal

- Durante o estágio, informei e esclareci os doentes antes de iniciar qualquer actividade;
- Foi difícil implicar os doentes numa participação activa do seu tratamento;
- Preparei a alta dos doentes, fazendo-lhes ensino individualizado, desde os primeiros dias de internamento;
- Com o decorrer do estágio, fui-me sentindo mais capaz de respeitar a privacidade do doente;
- Durante o estágio, consegui focalizar a minha atenção na pessoa doente e não na doença da pessoa;
- Com o decorrer do estágio, senti cada vez mais capacidade de me relacionar com os doentes;
- As questões que os doentes me colocavam, foram diminuindo com o decorrer do estágio;
- Verifiquei que os doentes, sem os questionar, me foram confiando alguns aspectos da sua vida pessoal;

- Os doentes aquando da sua alta, “agradeciam-me” pelos cuidados prestados durante o internamento.
- Autonomia face à formação:
- Durante o estágio, e de acordo com os objectivos propostos pela escola, foi-me dada a possibilidade de elaborar os meus objectivos pessoais;
 - No estágio, houve possibilidade de eu seleccionar as experiências que considere mais relevantes para a concretização dos meus objectivos;
 - Dentro do grupo de estágio, foi-me permitido escolher os colegas com quem trabalhei;
 - Durante o estágio, consegui gerir o meu ritmo de formação, de acordo com os objectivos;
 - Com o decorrer do estágio, fui tomando consciência do valor da minha autonomia face à formação;
 - No estágio, fui capaz de identificar obstáculos que interferem na autonomia das práticas de enfermagem;
 - Considero que me foi dada autonomia para mudar o meu comportamento face à aprendizagem;
 - Senti que a aprendizagem em autonomia me reforçou a auto-estima;
 - Considero que a autonomia dada durante o estágio, contribuiu para o desenvolvimento da minha autonomia pessoal.
- Responsabilização face à formação:
- Considero que como estudante tenho o direito e o dever de participar activamente na minha formação;
 - Durante o estágio, senti-me o agente principal da minha formação;
 - Neste momento de estágio, aceitei assumir grande parte da responsabilidade pela minha aprendizagem;
 - No decurso do estágio, seleccionei os doentes com características clínicas, que me permitissem aplicar e desenvolver os conhecimentos teóricos;
 - Empenhando-me na minha formação, foi mais difícil fazer a ligação entre as exigências curriculares e as minhas necessidades pedagógicas;

- Implicar-me activamente na minha formação, desenvolveu-me o prazer pela aprendizagem;
 - Ao responsabilizar-me pela minha aprendizagem, consegui atingir os objectivos que me propus alcançar;
 - Ao responsabilizar-me pela minha formação, senti-me obrigado a aprofundar os conhecimentos teóricos;
 - Tomei consciência que ao responsabilizar-me pela minha formação, estava claramente a assumir o meu sucesso escolar;
- Supervisão em estágio:
- Durante o estágio, a supervisão foi desenvolvida dentro de um clima aberto e horizontal;
 - O modo como foi realizada a supervisão, provocou-me muito stress durante o estágio;
 - No decorrer do estágio, vi o professor como uma pessoa mais experiente a quem eu podia abertamente pedir ajuda;
 - O desenvolvimento da supervisão, permitiu-me estabelecer a relação entre a teoria e a prática;
 - A orientação que recebi do professor, durante o estágio, foi adequada às minhas necessidades;
 - Constatei que o professor desenvolveu esforços, a fim de eu me empenhar na formação;
 - Durante o estágio, o professor proporcionou-me espaço para reflectir sobre as práticas desenvolvidas;
 - O professor levou-me a reflectir sobre o meu nível de conhecimentos;
 - Durante o estágio, o professor não me impôs o seu saber fazer.

Além das variáveis dependentes e independentes, segundo Polit e Hungler (1995), há as variáveis de atributo, que têm como finalidade caracterizar os grupos e que o investigador facilmente identifica e mede, sendo no nosso estudo o sexo e a idade.

Face ao que foi referido, convém mencionar que os grupos alvo, são constituídos por jovens de ambos os sexos, sendo muito superior a presença de estudantes do sexo feminino (M/11 – F/39), o que pode constituir uma ameaça ao resultado esperado, se a satisfação for influenciada pelo sexo. Através das estatísticas disponíveis, verifica-se que nos cursos de enfermagem é sempre muito superior o número de estudantes do sexo feminino, pelo que, quando chega o momento de formar os grupos para o ensino clínico há a preocupação de distribuir os formandos do sexo masculino pelos vários grupos, não podendo ser nossa pretensão ter uma amostra composta equitativamente por estudantes de ambos os sexos.

No que concerne à idade dos estudantes, neste momento do curso, costuma haver grande homogeneidade, distribuindo-se entre os 19 e os 21 anos. Contudo, nos últimos dois anos, com a possibilidade de mudança de curso e a candidatura de pessoas já detentoras de um bacharelato ou licenciatura, o figurino começou a mudar. Como veremos mais à frente, as idades dos elementos da nossa amostra distribuem-se entre os 19 e os 33 anos, o que também poderá ser uma ameaça ao resultado esperado, se a satisfação sofrer influência da idade e os grupos forem desiguais em relação a esta característica.

1.5 – DETERMINAÇÃO DA POPULAÇÃO

De acordo com os objectivos do nosso estudo, o universo populacional abrange todos os formandos do 2º ano do Curso Superior de Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem.

Como referem Ghiglione e Matalon (1992), não é comum estudar exaustivamente uma população numerosa, ou seja, inquirir todos os elementos, por se tornar dispendioso e praticamente impossível. Por esse motivo, houve que seleccionar uma amostra representativa dos 83 estudantes. Como o estudo foi desenvolvido durante o ensino clínico, procedeu-se ao sorteio de três grupos de formandos, entre os dez grupos existentes. A formação destes dez grupos e a distribuição pelos campos de estágio, também já tinha sido realizada de uma forma probabilística simples.

Posteriormente, durante o segundo momento de estágio, foram seleccionados os três grupos, que serviram de comparação. Nesta altura, tanto os grupos em estudo como os que serviram de comparação, realizaram o seu estágio em Serviços de Ortopedia.

1.6 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

A caracterização da amostra foi feita com base na análise da primeira parte do último questionário, cujos dados são apresentados no quadro que se segue e, como podemos constatar, a maior parte dos estudantes são jovens com idades compreendidas entre os 20 / 21 anos. Assim e segundo o quadro 7, no grupo de estudo, a idade dos estudantes distribui-se entre os 19 e os 33 anos de idade, enquanto que se observa no grupo de comparação uma distribuição de idades entre os 19 e os 24 anos. Decorrente dessa distribuição, no grupo de estudo a média é de 21.720, a moda 21, o desvio padrão 3.089 e a amplitude de variação 14 anos, valores superiores aos do grupo de comparação, em que a média é de 20.800, a moda 20, o desvio padrão 1.414 e a amplitude de variação 5 anos.

Quadro 7 – Distribuição dos estudantes por grupos, sexo e idade

ANOS	GRUPO DE ESTUDO		GRUPO DE COMPARAÇÃO	
	M	F	M	F
19	–	1	–	4
20	–	8	–	8
21	2	8	3	4
22	1	1	–	3
23	1	–	–	1
24	–	–	2	–
25	1	–	–	–
29	1	–	–	–
33	–	1	–	–
TOTAL	6	19	5	20

$$\bar{x} = 21,720$$

$$Mo = 21$$

$$S = 3.089$$

$$AV = 14 \text{ anos}$$

$$\bar{x} = 20,800$$

$$Mo = 20$$

$$S = 1.414$$

$$AV = 5 \text{ anos}$$

Neste momento do curso, o vulgar é ter estudantes entre os 19 e os 21 anos. Os que se situam para além destas idades correspondem a pessoas que por várias razões interromperam os estudos, pediram mudança de curso ou já possuem um bacharelato ou licenciatura noutra área.

2 – CONCEPÇÃO DO MODELO DE FORMAÇÃO

2.1 – CARACTERÍSTICAS DO MODELO EXISTENTE E DO MODELO QUE SE PRETENDE IMPLEMENTAR

Em ensino clínico, na nossa escola, o modelo existente e seguido pelos professores/orientadores de estágio, é utilizado já há muitos anos. Chegados ao local de estágio, o professor, depois de conhecer os doentes existentes na enfermaria, selecciona aqueles que considera de interesse pedagógico para os estudantes e distribui a estes um ou dois doentes, consoante o seu nível de dependência. Os estudantes são acompanhados pelos professores e pelos enfermeiros dos serviços, durante a prestação dos cuidados. Os estudantes podem inter-ajudar-se mas não lhes é permitido formar dupla de trabalho, nem são estimulados a elaborar objectivos pessoais, orientando a sua aprendizagem pelos definidos pela escola para aquele momento pedagógico. Os estudantes reflectem no que fazem se estiverem sensibilizados e interessados nisso, ou então quando o professor os questionar durante ou após as práticas diárias.

Suportados pela opinião de vários autores e pelas sugestões de alguns colegas e estudantes, podemos inferir que o actual modelo já não dá resposta às necessidades e interesses pedagógicos dos estudantes. Assim, pensámos implementar um outro modelo de formação, diferente do existente, conforme estruturamos resumidamente no quadro 8. Este modelo parece-nos estar ajustado à formação dos futuros profissionais, que se pretendem mais preparados para a mudança, não só das práticas pedagógicas, mas também da própria organização escolar.

Quadro 8 – Diferenças existentes entre o modelo seguido na formação dos estudantes e o modelo que se pretende implementar

ESTRATÉGIAS DO MODELO EXISTENTE	ESTRATÉGIAS DO MODELO A IMPLEMENTAR
– O professor cinge-se aos objectivos elaborados pela escola.	– O professor estimula os estudantes a elaborar objectivos pessoais.
– O professor permite a inter-ajuda mas não a dupla de trabalho.	– O professor dá aos estudantes a liberdade de escolher o colega para dupla de trabalho.
– O professor selecciona e distribui os doentes pelos estudantes.	– O professor selecciona os doentes mas permite que os estudantes escolham um para prestar cuidados.
– O professor leva os estudantes a reflectir através do questionamento teórico e prático.	– O professor permite que os estudantes façam uma reflexão guiada, com recurso à técnica do espelhamento.

Em nossa opinião, o novo modelo deve permitir que os estudantes elaborem objectivos pessoais em cada momento de estágio, de acordo com os objectivos propostos pela escola. Porque a aprendizagem é um momento de socialização, deve permitir-se que os estudantes convidem um colega do grupo para formar dupla de trabalho, com o qual devem ir discutindo os saberes teóricos e desenvolver os saberes práticos, ajudando-se e corrigindo-se mutuamente. Tendo em consideração as experiências anteriores dos estudantes e o seu nível de aprendizagem, cada dupla deve ter a possibilidade de seleccionar um ou dois doentes, com a ajuda do professor, a quem prestarão cuidados. Por fim, este modelo integra ainda momentos de reflexão sobre a acção. Deve ser uma reflexão guiada, não arbitrária, a realizar depois da situação seleccionada para a reflexão e com recurso à técnica do espelhamento. Esta técnica, utilizada por Barbosa (1994), procura otimizar, por exemplo, no quadro da relação pedagógica a interacção entre o professor e o estudante, no domínio técnico aspectos específicos como seja a análise do ângulo a formar entre a posição do braço e da agulha na administração de um fármaco por via intradérmica, ou ainda o tipo de empatia desenvolvida entre o estudante e o doente durante a prestação de cuidados.

Os estudantes que utilizarem a técnica do espelhamento, distanciados da acção,

podem reconstituí-la mentalmente ao mesmo tempo que reflectem sobre ela, procurando rever todos os momentos que constituíram a acção, consciencializando-se dos momentos fortes e fracos dos desempenhos efectuados. Fazem um registo sistematizado desses elementos a fim de os analisar criticamente, com o objectivo de ultrapassar as dificuldades sentidas. Pensamos importante recorrer a esta técnica, uma vez que ela encerra em si duas dimensões fundamentais:

- Correctiva (os estudantes através do espelhamento conseguem rever-se e decorrente disso corrigir os pontos fracos);
- Preventiva (ajuda os estudantes a prevenir erros de idêntica natureza, adoptando comportamentos cada vez mais próximos do ideal).

É uma das técnicas mais activas, na medida que obriga formandos e formadores a uma constante reflexão, profunda e sistematizada, permitindo que os estudantes vão desenvolvendo o saber, o saber-ser, e o saber-estar, numa crescente empatização não só com o doente mas também com o professor.

Com a utilização da técnica do espelhamento, de acordo com Barbosa (1994), a acção desenvolve-se em três fases:

- Exploração da acção técnica (em presença de uma situação concreta há necessidade de recordar não só as técnicas assertivas mas também a sua sucessão lógica);
- Organização e controlo das emoções (no decurso do desempenho técnico além do estudante ter necessidade de se controlar emocionalmente, ainda tem que ajudar o doente a controlar-se);
- Representação simbólica da acção (os gestos técnicos – saber, e as atitudes – saber ser e saber estar, têm que surgir em sintonia umas as outras. Simultaneamente o estudante tem de demonstrar equilíbrio entre o saber-fazer e o saber-estar).

Assim, durante a aplicação da técnica do espelhamento, o professor, numa postura de observador da acção prática do estudante, não se centra na avaliação formal, mas sim

nos elementos de controlo da relação professor/estudante, num espírito que favoreça e desenvolva a empatia entre ambos.

Com a figura 10, procuramos esquematizar a técnica do espelhamento:

Figura 10 - Técnica de Espelhamento

- OBSERVAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Estudantes face aos procedimentos espontâneos, tendo em conta as suas possibilidades e necessidades (ênfase na relação estabelecida com os doentes). - Os gestos técnicos e sua sucessão e orientação. - As tarefas realizadas e as suas características. 	
- ACÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Gestos das técnicas básicas (medir tensão arterial, fazer um penso, ...). - Manipulação e exploração de materiais (pinças, seringas, sondas, ...). - Competências relacionais. - Capacidade de controlo emocional durante a prestação, de cuidados. - Conquista da autonomia e auto-conceito. - Exploração e controlo das emoções pessoais e colaterais. 	<p>1ª Fase Exploração da acção técnica e relacional.</p> <p>2ª Fase Organização e controlo da acção.</p> <p>3ª Fase Representação simbólica da acção.</p>

Fonte: Adaptado de BARBOSA, L. (1994) – *La caracterization des processus de formation et la formation des formateurs comme strategics de changement organizationnel*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de CAEN (p.296).

Partindo-se do pressuposto que os professores podem e devem introduzir inovações dentro do seu contexto de trabalho, numa filosofia de transformar e mudar a escola, sem esperar pelas grandes reformas “que tudo pretende mudar e se possível num curto período de tempo” (Amiguiño, 1992, p. 11), imbuídos de energia deliberada para mudar as práticas, decidimos envidar esforços na materialização de um novo modelo de interacção pedagógica. Este modelo de formação essencialmente cognitivo-desenvolvimentista, assenta na filosofia da aprendizagem reflexiva - “reflexão sobre a acção”, proposta por Donald Schön, e integrar a técnica do espelhamento preconizada por

Barbosa (1994), na sua tese de doutoramento apresentada na Universidade de CAEN, pretende:

- Iniciar os estudantes numa pedagogia reflexiva;
- Ajudar os estudantes ao desenvolvimento das relações interpessoais;
- Permitir aos estudantes a autonomização da sua formação;
- Responsabilizar os estudantes pela própria formação;
- Oferecer aos estudantes uma supervisão numa perspectiva de horizontalidade;
- Contribuir para que os estudantes avaliem as práticas pedagógicas, numa perspectiva pro-activa e não reactiva;
- Confrontar os estudantes com a sua forma de actuar nas situações concretas.

A nossa actividade profissional tem-nos obrigado tanto a uma reflexão crítica permanente, como a uma revisão da literatura sobre a temática, a fim de fundamentadamente termos vindo a melhorar as nossas próprias práticas, junto dos estudantes sob a nossa orientação/supervisão, constatando que eles aderiam e se empenhavam mais activamente na aprendizagem, conseguindo sugerir uma ou outra alteração, sem receio de “ultrapassar” o professor. Estas vivências revestem-se de grande importância para nós, porquanto, chegados a este momento, foi-nos mais fácil pensar na elaboração de um modelo assente não só nos referenciais teóricos extraídos dos autores consultados, mas também nas nossas crenças e valores. Pelo exposto e decorrente do enquadramento teórico, construímos o quadro 9 a fim de clarificar a conceptualização do modelo.

Quadro 9 – Suporte à conceptualização do modelo seguido em ensino clínico

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS/ESTRATÉGIAS	REFERENCIAIS TEÓRICOS	
Aprendizagem reflexiva com recurso à técnica do espelhamento – Reflexão guiada sobre a acção/cuidados prestados ao doente.	<ul style="list-style-type: none"> • Schön • Alarcão • Barbosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Coménio • Rousseau • Rogers • Lesne • Chalifour • Patrício • Barbosa
Aprendizagem cooperativa – Convite ao colega para formar a dupla de trabalho.	<ul style="list-style-type: none"> • Neill • Sizer • Eitington • Fonseca • Cabral • Carneiro 	
Aprendizagem através de objectivos pessoais – Elaborar objectivos tendo em atenção as experiências prévias e o ritmo de aprendizagem.	<ul style="list-style-type: none"> • Dewey • Piaget • Freinet • Nóvoa • Alarcão 	
Participação activa na formação – Seleccionar os doentes de acordo com os seus interesses/necessidades pedagógicas	<ul style="list-style-type: none"> • Mucchielli • Paulo Freire • Nóvoa • Cabral 	

Fonte: Inspirado em vários autores.

Os formandos, num contexto desenvolvimentista de interacção social, motivados para a reflexão sobre a acção, aceitaram este momento de aprendizagem como um processo de participação “autêntica”, onde eles actuaram como agentes principais da sua própria formação, com maior ênfase para:

- **As relações interpessoais** com os doentes;
- **A autonomia** no contexto dos seus interesses e necessidades de formação;
- **A responsabilização** na própria formação;
- **A supervisão** numa relação de proximidade e autenticidade, num contexto de cooperação.

No que respeita às relações interpessoais, enfatizamo-las e unidireccionamo-las no sentido estudante → doente, na medida em que, como já referimos, tem sido uma dimensão relegada para segundo lugar, privilegiando-se a dimensão técnica, “mecanicista, (...) como objectivo principal a forma(ta)ção dos jovens” (Cabral, 1997, p. 51). Mas como

se verifica, mais à frente, pelo guião, as relações interpessoais representam o núcleo duro nas práticas do estudante. Os cuidados prestados ao doente e ou família devem ser desenvolvidos num saudável ambiente de relações humanas.

Relativamente à autonomia face à formação, desenhamo-la num contexto de liberdade pedagógica concordante com o que defende Pires (1995), ao referir que os profissionais desejam cada vez mais autonomia não exclusivamente técnica, mas também de natureza sócio-afectiva. Assim, a escola não deve ter objectivos operacionais uniformes, mas permitir aos formandos planificar e atingir objectivos pessoais, “porque cada aluno tem a possibilidade de gerir a sua aprendizagem” com “respeito pelos ritmos individuais” e “o direito à diferença” (Dupont e Ossandon, 1998, p. 94).

Na linha do que atrás foi referido, Eitington (1991), Fonseca (1994), Carneiro (1997) e Cabral (1997), são unânimes em afirmar que os estudantes, à medida que vão aprendendo a viver juntos, como as crianças, compartilhando os seus comportamentos, pela “acumulação e pela prática”, conseguem resultados diferentes quando agem conjunta e activamente na formação.

A nível da responsabilização face à formação, aceitamos “dar a palavra” aos estudantes reconhecendo-lhe o direito e o dever de se implicarem na própria formação, “dando-lhes a oportunidade e a responsabilidade” (Cabral, 1997, p. 74), de criar “situações de aprendizagem acessíveis ao sucesso e geradoras de auto-estima e auto-confiança” (Fonseca, 1994, p. 15), levando-os a sentirem-se os principais agentes “mais do que objecto ou sujeito da sua própria formação” (Nóvoa, 1988, p. 120).

Finalmente, a orientação dos estudantes em estágio, pelo que já foi referido, desenvolveu-se dentro de um clima aberto, criativo e cooperativo, onde a participação e a democracia permitiram o autodesenvolvimento (Niza, 1997).

Em nosso entender, só o equilíbrio entre estes fios condutores conseguiu dissipar dúvidas, medos e preconceitos que surgiram numa fase inicial, o que é compreensível, e levar a termo e a contento de todos o nosso estudo. Por se tratar de um modelo, em que coexistem algumas estratégias de formação não usadas até ao momento, durante as

práticas pedagógicas, consideramos pertinente para a elaboração do guião que apresentamos os três elementos para dirigir a reflexão:

- “- *Uso de um modelo de reflexão estruturada;*
- *Estrutura diária;*
- *Supervisão.*” (Palmer et al, 1994, p.111).

Inspirados nestas referências e nos autores já citados, decidimos elaborar o guião que passamos a apresentar.

GUIÃO PARA A REFLEXÃO SOBRE A ACÇÃO

O estudante que aceitar desenvolver a sua aprendizagem, em ensino clínico, num contexto de espelhamento, compromete-se a respeitar os seguintes princípios:

- Convidar, dentro do grupo, um colega com quem vai trabalhar, numa base de aprendizagem cooperativa;
- Seleccionar, conjuntamente com o professor, o(s) doente(s) a quem vai prestar cuidados, de acordo com os seus interesses e/ou necessidades pedagógicas;
- Quando um dos estudantes abordar o doente, para um procedimento mais invasivo (por exemplo: puncionar para administrar fármacos ou colher sangue para análise, administrar medicamentos por via intra-muscular, colocar sonda nasal para oxigenoterapia ou fazer um penso), o colega e o professor estarão presentes, para observar e colaborar na actividade. No final, professores e estudantes, em sala contígua, reflectirão sobre a acção, permitindo o espelhamento do executante, na vertente técnica e relacional, conforme se apresenta no “arco de trabalho”;
- Todos os estudantes desempenharão o papel de executante e de observador, alternadamente, a fim de viverem as duas experiências.

ARCO DE TRABALHO

- Abordar o doente pelo nome;
- Informá-lo do procedimento que é necessário realizar e da dor ou mal-estar que possivelmente irá ocorrer;

- Pedir colaboração ao doente;
- Dialogar com o doente e atender às suas observações ou queixas durante o desenvolvimento da acção;
- No final do procedimento deixar o doente confortável (deitado, sentado, levantado);
- Finalmente, reconciliar-se com o doente (agradecer a colaboração dada, felicitá-lo pelo comportamento, pedir desculpa pelo mal-estar causado) e despedir-se.

2.2 – PROCESSO DE APLICAÇÃO DO MODELO

Como já referimos, após a aceitação da proposta de trabalho por parte dos estudantes, oferecemos individualmente o guião, a fim de ser consultado sempre que necessário.

Durante as primeiras cinco semanas, como o modelo era desconhecido para os formandos, decidimos que na realização de uma das actividades seleccionadas para “reflexão sobre a acção” um estudante realizaria a actividade (em choque com a realidade), o colega e o professor ajudavam, se necessário, e observavam as ocorrências. No final da acção, observadores e executante faziam a reflexão.

Para não haver o risco de se cair na saturação, decidimos, como já foi referido, que cada estudante, durante todo o estágio teria de utilizar a técnica do espelhamento durante vinte vezes, procurando fazê-lo perante as actividades práticas mais invasivas para o doente. Assim, no final da execução, executante e observadores, em sala contígua, distanciados da realidade, reflectiram sobre o processo, pedindo-se ao estudante que se implicou directamente na acção que a reconstituísse, verbalizando sequencialmente todos os pormenores, como se estivesse frente ao espelho. Este espelhamento, feito com base no guião de actividades, permite realizar a avaliação processual, ou seja, ver se o estudante verbaliza sequencialmente toda a acção, e se, sob o ponto de vista atitudinal, ele se confrontou e desenvolveu com assertividade as atitudes fundamentais de domínio técnico

e relacional (saber, saber-ser e saber-estar). O que se verificou muitas vezes é que o estudante não verbalizou os passos que seguiu mas os que teoricamente sabia que devia seguir e pensava ter seguido, consciencializando-se disso só depois da correcção do colega (e se necessário, do professor), que desempenhou o papel de observador.

Este momento de reflexão não teve, e pensamos que não deve ter, limite de tempo. Deve terminar quando o estudante, com a ajuda do colega e do professor (observadores durante a acção), reconheça os pontos fortes e fracos do seu desempenho global, o que significa que o espelhamento se encerra, não só quando o executante manifestar estabilidade emocional face à acção reconstruída, onde ele se apercebe das falhas técnicas e relacionais, mas também quando se estabelecer uma clara e forte sintonia empática entre formando e formador, uma vez que o espelhamento não tem a função de avaliar, mas sim empatizar uns com os outros, na medida em que o estágio é um momento pedagógico complicado, durante o qual os estudantes têm de desenvolver capacidades técnicas e relacionais, passando pela observação e interacção. Os estudantes não estão a aprender a lidar com um objecto mas sim com uma pessoa, com toda uma carga de maior ou menor ansiedade decorrente da sua situação patológica, do prognóstico, e do internamento. Os doentes reagem à execução dos cuidados, ao que os estudantes não são indiferentes e têm dificuldade em fazer com que aconteçam simultaneamente os gestos técnicos e atitudinais, o que lhes causa maior ou menor instabilidade emocional, pelo facto de uns e outros serem pessoas, com uma história de vida marcada pelos seus valores, crenças, medos e ansiedades.

Durante a fase teórica, em laboratório, os estudantes aprendem e acabam por compreender e executar todos os procedimentos, de uma forma complementar e assertiva, no entanto em contexto hospitalar, com todas as ansiedades, medos e pavores, eles regridem. É durante essa inversão que tem que haver quem se empatize com eles, quem esteja verdadeiramente do seu lado. Essa pessoa, como é obvio, tem que ser o professor, é ele que tem preparação pedagógica para, numa atitude de horizontalidade, os ajudar a prosseguir com confiança e sem perda de auto-estima.

Inicialmente foi muito complicado para os estudantes aplicar a técnica:

- Não se sentiram bem a focar as deficiências aos colegas, à frente do professor, até que concluíram (com dificuldade) que esses erros não eram punitivos, uma vez que a aprendizagem significativa é feita a partir da reflexão sobre os erros, e neste momento não estava em causa a avaliação própria da supervisão, mas sim todo um conjunto de propósitos e acções que fizessem acontecer em simultâneo os gestos técnicos com as atitudes relacionais;
- Não conseguiram relacionar-se com os doentes durante a acção. Cumpriam os três primeiros passos do guião, depois, centravam-se de tal forma na técnica do procedimento (devido à insegurança e inexperiência) sem conseguir dar mais atenção ao doente. É próprio desta fase de aprendizagem, referindo Pearson e Vaughan (1992), “uma vez que há tanto a aprender antes de prestarmos cuidados com eficiência, não será melhor aprender primeiro as técnicas e adquirir conhecimentos e deixar a teorização” (p. 1).

Desde sempre que corroboramos esta ideia, porque a aprendizagem além de cognitiva também é emocional e social. Os estudantes precisam de sentir segurança naquilo que é mais objectivo, para o doente e para eles, naquele momento. Depois de terem algum domínio sobre a técnica tudo é mais fácil.

Na penúltima semana deste primeiro momento de estágio, como a confiança e auto-estima foram aumentando, procuraram seguir todos os passos do guião, embora com alguns avanços e recuos. Findo este estágio, os estudantes deram continuidade ao ensino clínico, noutra campo de estágio e sob orientação de outro colega desconhecedor do novo modelo.

No início do segundo semestre prático, embora tivesse ocorrido um intervalo de tempo, em que houve aquisição de novas teorias e outras experiências laboratoriais, não se verificou que os estudantes tivessem esquecido a proposta de trabalho inicial. Pensamos que foi favorecida a continuidade pretendida, uma vez que os estudantes também sofreram o processo de maturação, quer pela reflexão que foram fazendo das práticas, quer pelos

novos conhecimentos adquiridos em laboratório. Pelo exposto, neste segundo momento acompanhámos os estudantes durante as primeiras experiências, para “limar” algumas “arestas”, deixando que eles prosseguissem sózinhos, estando nós presentes em situações pontuais ou sempre que éramos solicitados.

Tanto no 1º como no 2º semestres, a reflexão incidia sobre as práticas mais invasivas, conforme já expresso, não se tirando a liberdade de reflectir sobre outras actividades, contudo com o cuidado de não tornar exaustiva a metodologia, como sublinha Palmer et al (1994), para que o estudante possa “partilhar” outras experiências e outros métodos.

2.3 – DURAÇÃO / APLICAÇÃO

Numa fase inicial pensámos aplicar o modelo só durante o primeiro semestre, durante as cinco semanas de estágio, em unidades de internamento de Medicina e Cirurgia. Como verificámos que os estudantes, durante as três primeiras semanas viviam a angústia do “saber-fazer”, excessivamente preocupados com as atitudes técnicas, considerámos que o nosso estudo ficaria sem a consistência pretendida, pelo que após a reunião de avaliação, os docentes envolvidos, decidiram dar continuidade durante o estágio do segundo semestre, ou seja, mais quatro semanas, em unidades de internamento de Ortopedia.

2.4 – AVALIAÇÃO

A avaliação foi ocorrendo durante todo o processo das práticas pedagógicas, por forma a identificar as dificuldades apresentadas pelos estudantes, não havendo necessidade de reformulações.

No final do ensino clínico, os três professores, numa avaliação global do processo e do resultado, foram concordantes em sublinhar que os estudantes apresentaram muitas dificuldades em iniciar e dar continuidade à proposta de trabalho, mas ultrapassada essa barreira, o modelo seguido contribuiu para o desenvolvimento de uma atitude pro-activa

nos formandos, desenvolvendo neles o espírito crítico, a responsabilização e autonomia pela própria formação, além de uma relação de maior proximidade com o docente, permitindo também que os professores se consciencializassem da necessidade de desenvolver o processo de empatia com os estudantes, identificando e concluindo, através da aplicação da técnica do espelhamento, que em choque com a realidade, se o processo não foi bem sucedido, na esmagadora maioria das situações não ficou a dever-se ao desconhecimento teórico, mas sim ao desequilíbrio emocional que o contexto real suscitou no estudante.

Através do questionário-B (Anexo V), os estudantes do grupo de estudo fizeram a sua última avaliação formal, através da emissão da sua opinião.

3 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

De acordo com Canales et al (1990), é através do instrumento de colheita de dados que o investigador obtém e regista informação necessária e pertinente à resolução do problema. Considerando a homogeneidade dos estudantes e o que refere Richardson et al (1989), é de utilizar o questionário como instrumento de pesquisa, na medida em que normalmente permite obter a descrição das características e a medição de variáveis individuais e de grupo. Esclarecem ainda os autores, que é da responsabilidade do pesquisador, de acordo com o problema em estudo, determinar a natureza, o conteúdo e o tamanho do questionário.

As formas de recolha de dados são múltiplas, utilizando-se no nosso estudo a entrevista exploratória semi-directiva, a observação participada e análise dos registos dos estudantes, o inquérito, através de um primeiro questionário com questões abertas e de um segundo com questões fechadas e um espaço aberto para opiniões e sugestões.

Como já referimos, após um período de reflexão sobre o problema em estudo, e conscientes do rigor metodológico que envolve a recolha de dados, não quisemos iniciar sem entrevistar uma pequena amostra da população alvo. Após a pesquisa em literatura especializada decidimos elaborar uma entrevista semi-directiva, que na óptica de Ghiglione e Matalon (1992) e Moreira (1994), permite conhecer a opinião dos entrevistados, deixando que o entrevistador adegue o instrumento às características do entrevistado.

3.1 – ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

A entrevista exploratória, para Marconi e Lakatos (1988), desenvolve-se num diálogo informal, em que é dado ao entrevistado a liberdade de dar a sua opinião ou relatar alguma experiência pertinente. Dentro deste contexto, refere ainda Quivy e Campenhoudt (1992), que o entrevistador deve dispor das perguntas gerais para as quais

pretende informação, sem contudo forçar o entrevistado a responder. Para a consecução das entrevistas elaborámos um guião com quatro blocos, conforme (Anexo I). O primeiro bloco é o espaço reservado à legitimação da entrevista, o segundo pretende identificar a satisfação/não satisfação quanto ao ensino teórico, e o terceiro bloco procura conhecer os conceitos e perspectivas dos estudantes sobre o ensino clínico. O quarto e último bloco é reservado à emissão das preocupações ou sugestões emitidas pelos formandos e que não tiveram lugar nos espaços anteriores.

Após a formação dos blocos, foram definidos os objectivos e elaboradas as questões, de acordo com as orientações de Cervo e Bervian (1983). Ainda segundo os mesmos autores, contactámos pessoalmente os estudantes a entrevistar, acordámos o dia, hora e local para a materialização da entrevista, e a pedido da maioria, sem recurso do gravador. Das doze entrevistas que tínhamos previsto realizar conseguimos dez, fora do horário lectivo, na segunda semana de Janeiro de 1998. A etapa seguinte consistiu no tratamento da informação, através da análise de conteúdo, que para Bardin (1991), consiste num conjunto de técnicas de análise de informação. Para este autor, e para Ghiglione e Matalon (1992), ao fazer-se a categorização deve-se ter em consideração aspectos como homogeneidade, exaustividade, objectividade e pertinência.

A análise de conteúdo, forneceu-nos indicadores (Anexo II) que serviram para a construção do questionário B.

3.2 – OBSERVAÇÃO PARTICIPADA

Durante o estágio, a fim de introduzirmos os estudantes no modelo que estruturamos, com forte incidência na técnica do espelhamento houve necessidade de realizarmos a observação participada, em que:

“o observador poderá participar, de algum modo, na actividade do observado, mas sem deixar de representar o seu papel de observador e, conseqüentemente, sem perder o respectivo estatuto” (Estrela, 1990, p. 36).

No decurso do mesmo período, analisámos com os estudantes todos os registos relacionados com as actividades realizadas, a fim de os levar a reflectir sobre a acção,

numa perspectiva claramente desenvolvimentista. Numa fase mais avançada do nosso estudo, ou seja, no final do primeiro momento de estágio, a fim de sabermos a opinião do grupo de estudo quanto ao modelo de formação introduzido, e decorrente disso, se havia sensibilidade para continuar o trabalho, com base na pesquisa em literatura sobre a temática, decidimos elaborar o questionário-A (Anexo III).

3.3 – QUESTIONÁRIOS

Em qualquer trabalho desta complexidade, constitui uma etapa importante a selecção dos instrumentos de recolha de dados, a fim de não ser posta em causa a pertinência e mesmo a precisão das conclusões (Polit e Hungler, 1995).

No final do primeiro estágio, para nos certificarmos da continuidade do nosso estudo e da introdução de algum factor de correcção, embora esclarecidos por Ghiglione e Matalon (1992), quanto às vantagens e desvantagens neste tipo de inquérito, considerando que a liberdade de expressão dada ao respondente é a vantagem mais significativa, elaborámos o questionário-A, com oito questões abertas (Anexo III).

O término do ensino clínico, corresponde à recolha dos últimos dados do estudo. É o momento de identificarmos junto dos formandos do grupo de estudo e do grupo de comparação, a satisfação face à metodologia seguida pelo orientador de estágio, através de um questionário de questões fechadas, são as mais cómodas e “devem encadear-se umas nas outras sem repetições nem despropósitos” (Ghiglione e Matalon, 1992, p.112).

Com base nos indicadores da entrevista e questionário-A, fundamentação teórica e orientações de Albou (1968), fomos sistematizando fichas de questões que apresentámos aos colegas a colaborar no estudo. Uma foram rejeitadas, outras afinadas, até à elaboração do pré-questionário com nove indicadores, para cada uma das quatro dimensões, ou seja um total de 36 questões. A cada afirmação corresponde uma escala tipo Likert, de 7 postos numéricos, a fim de permitir aos respondentes um posicionamento o mais concordante possível com a sua experiência. Assim construímos o questionário-B (Anexo V), para aplicar aos estudantes submetidos ao estudo, a fim de identificar a sua

opinião e sugestões relativamente ao novo modelo, donde se inferirá o nível de satisfação alcançando durante o ensino clínico. Num contexto comparativo, considerámos pertinente solicitar a três grupos de estudantes do curso, que no mesmo momento estivessem também a estagiar em serviços de Ortopedia e a ser orientados pedagogicamente pelo modelo tradicional, por professores desconhecedores do nosso estudo.

Considerando o factor tempo como uma das limitações ao rigor técnico na construção do segundo questionário, apesar do percurso já descrito, solicitámos a cinco colegas, peritos na matéria, que emitissem a sua opinião sobre a especificidade e a construção do questionário. Obtivemos resposta atempada de quatro colegas, que sugeriram melhorar a redacção de algumas proposições e aceitaram o todo do instrumento como recolha de dados para o estudo em causa.

3.3.1 – Pré-Teste

Para a validação do instrumento, Gil (1994), Marconi e Lakatos (1988) e Richardson et al (1989), são unânimes em afirmar que o pré-teste é um momento muito importante de pesquisa e não deve ser entendido apenas para revisão do mesmo. Deve servir para uma discussão profunda entre o inquiridor e o inquirido, sobre o problema em estudo. Nessa perspectiva, após a elaboração do questionário, há necessidade de o testar antes da utilização definitiva, no seio de uma população com características semelhantes à população alvo (Marconi e Lakatos, 1988). Assim, o questionário foi testado junto de oito estudantes não pertencentes à amostra em estudo. Não houve qualquer dificuldade na compreensão das afirmações, como verificámos por entrevista informal após o preenchimento do instrumento, contudo os estudantes sugeriram que fosse criado um espaço aberto para “desabafar ou dar sugestões”. Consideramos pertinente a opinião e tivémo-la em consideração para reformulação do questionário B (Anexo V).

3.3.2 – Aplicação do Questionário-B

Como recomendam Marconi e Lakatos (1988), a colheita de dados, deve ser



devidamente preparada, a fim de se evitar perda de tempo e desperdício de informação. Concordantes com esta opinião, combinámos com os estudantes do grupo de estudo e do grupo de comparação o dia, hora e local para preenchimento do questionário, tendo tudo decorrido como previamente combinado, sem ocorrências dignas de registo.

3.3.3 – Tratamento dos Dados

Dos cinquenta questionários distribuídos todos foram devidamente preenchidos, pelo que a nossa amostra é a inicialmente prevista.

Após a recolha de dados, os mesmos foram submetidos aos procedimentos estatísticos considerados adequados e ao tratamento qualitativo da informação colhida na questão aberta.

Determinamos médias e desvios padrões, como medidas de tendência central e de dispersão, respectivamente.

Foi utilizado o t de Student para identificarmos a diferença de médias entre o grupo de estudo e o de comparação.

O tratamento qualitativo foi realizado através da análise de conteúdo, como uma técnica de investigação que permite fazer inferências válidas dos dados (Bardin, 1991).

TERCEIRA PARTE – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

“Os dados colhidos no decorrer da pesquisa não respondem, em si e por si, às questões da pesquisa (...) precisam de ser analisados de alguma forma.”

POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995)

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1.1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLHIDOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO-A

Como se pode verificar através do (Anexo III), o questionário-A constou de seis questões, sendo a última um espaço aberto onde os estudantes tiveram a oportunidade de fazer alguma observação ou sugestões pertinentes. O tratamento dos dados colhidos encontra-se no quadro 10, que passamos a apresentar.

Relativamente à primeira questão, como podemos verificar, foram identificados 63 indicadores, todos de direcção positiva que se distribuíram por quatro categorias: aprendizagem a partir do erro (32), interiorização de conhecimentos (21), aprendizagem e desempenho de qualidade (6) e apuramento do espírito crítico (4).

Na segunda questão, foram encontrados 42 indicadores, todos igualmente de natureza positiva, que se distribuíram por quatro categorias: aprendizagem psico-motora (16), aprendizagem pela observação (7), aprendizagem psico-motora e visual (8) e transferência de conhecimento (11). Como se pode verificar pelos indicadores, constatamos que são valorizados o papel de executante e o papel de observador.

No concernente à terceira questão, dos 25 estudantes, 16 afirmaram dar continuidade ao método, não especificando a situação e 8 referiram que não deram continuidade, dando sete deles a justificação de que num segundo campo de estágio trabalharam com um enfermeiro do serviço e não em dupla com um colega, e um estudante refere que mesmo na ausência do docente houve esquecimento da técnica. Os indicadores identificados nas justificativas foram assim distribuídos por 4 categorias: reconhecimento da utilidade do método (18), impossibilidade de aplicar o método (7), não identificação com o método (3) e não reconhecimento do método (1).

Na quarta questão, 22 estudantes dizem que sim e apresentam justificações muito

pertinentes, num total de 40 indicadores, havendo 2 que preferem que seja o docente a seleccionar sózinho o doente e 1 deles considera indiferente ser o docente ou ele a fazer a selecção.

A quinta questão, apresenta 72 indicadores, todos de índole positiva, pertinentes, e em nossa opinião, falam por si só, devido à sua clareza.

Na sexta e última questão, encontramos 19 sugestões explícitas relativas à aplicação do modelo durante o ensino clínico, 5 constituem uma observação que, embora explicitamente, sugere que o modelo seja mais divulgado. Há ainda 11 indicadores de índole positiva e 2 que relevam uma certa insegurança relativamente à mudança.

Relativamente à quinta questão, identificámos 72 indicadores, todos de índole positiva.

Na sexta e última questão, encontramos 19 sugestões explícitas relativas à aplicação do modelo durante o ensino clínico, 5 constituem uma observação que tem subjacente a sugestão de ser utilizado o modelo. Há ainda 11 indicadores de índole positiva e 2 que revelam uma certa insegurança relativamente à mudança.

Pelo exposto, numa análise global, consideramos que embora não explicitamente, há uma valorização da técnica do espelhamento, apesar das questões não serem direccionadas para essa estratégia, mas sim, para o modelo no seu global.

Quadro 10 – Respostas dos estudantes às questões colocadas no questionário-A

TEMAS	CATEGORIAS	ÍNDICADORES	FREQUÊNCIAS
1 - O modelo que vivenciou durante o ensino clínico, ajudou-o no seu processo formativo? Justifique.	Aprendizagem a partir do erro.	- A reflexão após a execução permite clarificar os erros.	15
		- Com a prática reflexiva detectam-se os erros cometidos durante a acção.	7
		- Com este método previne-se a repetição dos mesmos erros.	5
		- Nesta situação o erro é encarado como um meio de aprendizagem.	5
	Interiorização de conhecimentos.	- A reflexão leva à compreensão da lógica dos procedimentos.	8
	- Desta forma somos obrigados a recordar as várias etapas da técnica.	5	
	- Com este método interiorizamos conhecimentos e procedimentos.	4	
	- A reflexão partilhada após a execução dá mais segurança.	4	
	Aprendizagem e desempenho de qualidade.	- Com este método, há uma aprendizagem e execução de maior qualidade.	4
		- Esta prática possibilita cuidados de maior qualidade técnica e relacional.	2
	Apuramento do espírito crítico.	- Este modelo faz desenvolver o espírito crítico.	4
2 - Em que medida a reflexão, no papel de executante e no papel de observador favoreceu a sua formação?	Aprendizagem psicomotora.	- Como executante registei na memória os erros cometidos.	7
		- A execução obriga a uma atenção redobrada.	5
		- Aprendi mais como executante.	2
		- Como executante senti a pressão de ter de fazer bem.	2
	Aprendizagem pela observação.	- Como observador desenvolvi a técnica da observação e o espírito crítico.	6
		- Durante a observação procurei ver a diferença existente entre mim e o meu colega a executar.	1
	Aprendizagem psicomotora e visual.	- Os dois papeis são importantes para a nossa formação.	8
	Transferência de conhecimentos.	- Como observador lembrei os passos da técnica.	9
		- A execução ajudou-me a transferir os conhecimentos teóricos para a prática.	2
3 - Mesmo na ausência do docente, ou noutra campo de estágio, deu continuidade a esse método? Porquê?	Reconhecimento da utilidade do método.	- Sim.	16
		- Pela sua utilidade, continuei sempre que trabalhei com um colega.	13
		- Sempre que possível, para aprender e ensinar.	5
	Impossibilidade de aplicar o método.	- Não.	8
		- Neste segundo campo de estágio, cada estudante trabalhou com o enfermeiro da unidade.	7

TEMAS	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIAS
	Indiferença perante o método.	- Apesar das vantagens do método, ainda não me identifiquei com ele.	3
	Não reconhecimento do método.	- Na ausência do docente houve esquecimento. - É uma metodologia que não está difundida.	1 1
4 - Quando o docente lhe permitiu seleccionar as experiências de aprendizagem, sentiu que estava a participar activamente na sua formação? Que importância teve isso para si?	Participação activa na formação.	- Sim. - Desenvolveu a nossa aprendizagem porque permitiu maior diversidade de experiências. - Senti-me mais autónomo na minha formação. - Senti-me mais motivado a participar activamente. - Permitiu que eu desenvolvesse maior empatia com os utentes. - Possibilitou-nos investir mais nas nossas dificuldades.	24 15 8 6 5 3
	Participação passiva na formação.	- Foi importante, mas prefiro que seja o docente a seleccionar o doente. - Para mim é indiferente ser o docente ou eu a seleccionar o doente.	2 1
5 - Na sua opinião, esta metodologia responsabiliza-o mais, ou menos, pelo seu sucesso? Porquê?	Corresponsabilização no sucesso.	- Responsabiliza-nos mais pelo sucesso da nossa formação.	24
		- Porque previne a repetição dos mesmos erros.	18
		- Porque assim, somos mais chamados a reflectir.	6
		- Porque nos ajuda a identificar facilmente os nossos problemas.	6
		- Porque nos obriga a uma maior organização.	6
		- Ajuda ao nosso amadurecimento.	6
		- Obriga-nos a aprofundar os nossos conhecimentos.	6
6 - Aproveite este espaço para fazer alguma observação ou sugestão pertinente.	Necessidade de implementação do método em todo o ensino clínico.	- Se este método fosse seguido durante todo o ensino clínico, logo no primeiro ano, aprenderíamos mais.	14
		- Foi pena esta metodologia ser utilizada só num campo de estágio.	5
	Necessidade da difusão do método.	- O método reflexivo também deveria ser utilizado na fase teórica.	5
		- Com este método de trabalho desenvolvemos capacidades para o uso quotidiano.	3
	Supervisão.	- O modelo seguido aproximou-nos mais do docente.	8
		- Este método, como exige maior acompanhamento do docente, pode prejudicar-nos na classificação.	2

1.2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLHIDOS ATRAVÉS DO QUESTIONÁRIO-B

Como foi referido no enquadramento metodológico, este questionário foi aplicado ao grupo onde se introduziu o modelo de formação reflexiva (grupo de estudo) e ao grupo onde vigorou o modelo habitual (grupo de comparação).

Começaremos por apresentar a análise descritiva dos dados, com recurso à análise estatística descritiva, abordando sequencialmente as quatro dimensões estudadas.

Consideramos que cada estudante, em cada uma das dimensões da variável dependente, pode obter um score mínimo de 9 pontos e um score máximo de 63 pontos, dado que cada dimensão é constituída por 9 indicadores, com uma pontuação mínima de 1 e máximo de 7, entendemos que, além da satisfação global, podemos elaborar uma escala de satisfação por dimensão, distribuindo os valores obtidos por categorias:

Até 20 pontos – Muito Baixa

21 a 30 pontos – Baixa

31 a 40 pontos – Média

41 a 50 pontos – Alta

Superior a 50 pontos – Muito Alta

1.2.1 – Relações Interpessoais

Iniciando por analisar o quadro 11, verificamos que na dimensão “Relacionamento interpessoal”, obtiveram-se scores altos, que oscilaram entre 42 e 59 pontos, distanciando-se acentuadamente do score mínimo (9 pontos) e ligeiramente do score máximo esperado (63 pontos), distribuindo-se os elementos do grupo de estudo entre os scores 47 e 59, perseguindo os scores mais altos. Por seu lado, os estudantes do grupo de comparação distribuem-se ao longo de todos os scores, ou seja de 42 a 59. Observamos ainda que o grupo de estudo apresenta valores de média (53,36) e moda (54 4 55), superiores aos do grupo de comparação com média (49,920) e moda (47). Quanto ao desvio padrão (3,0260) e à amplitude de variação (12) do grupo de estudo, verificamos que são inferiores aos do grupo de comparação, cujos valores são de (4,1425) e de (17),

respectivamente. Conforme se pode observar no quadro 12, há diferença significativa entre os scores obtidos nestes dois grupos.

Decorrente dessa distribuição, encontramos no grupo de estudo 20 elementos com satisfação muito alta e 5 com satisfação alta. No grupo de comparação 14 dos estudantes apresentam satisfação alta e 11 deles manifestam satisfação muito alta. Pelos dados observados, nesta dimensão, é evidente o nível de satisfação muito alta nos estudantes do grupo de estudo.

Quadro 11 – Dimensão “Relacionamento interpessoal”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos

SCORES	GRUPO DE ESTUDO	GRUPO DE COMPARAÇÃO
	F	F
42	-	1
43	-	-
44	-	1
45	-	2
46	-	-
47	1	4
48	-	2
49	2	3
50	2	1
51	3	3
52	1	1
53	2	2
54	4	1
55	4	1
56	3	1
57	1	1
58	1	1
59	1	-
TOTAL	25	25

$$\bar{x} = 53,360$$

$$Mo = 54 \text{ e } 55$$

$$S = 3,0260$$

$$AV = 12$$

$$\bar{x} = 49,920$$

$$Mo = 47$$

$$S = 4,1425$$

$$AV = 17$$

Pela análise global do quadro 12, constatamos que na dimensão “Relacionamento interpessoal”, o score obtido pelo grupo de estudo (1334 pontos) fica a uma distância de 241 pontos do score máximo esperado (1575 pontos). Da mesma forma, o grupo de comparação (1248 pontos) distancia-se 327 pontos do score máximo esperado, o que permite que entre os dois grupos a diferença seja de 86 pontos.

Neste contexto, verificamos que o primeiro item, “Durante o estágio, informei e esclareci os doentes antes de iniciar qualquer actividade”, teve a mesma pontuação e, curiosamente, a mesma distribuição escalar tanto no grupo de estudo como no grupo de comparação, ficando a 15 pontos de distância do score máximo esperado (175 pontos).

Pontuação com diferença mais significativa (34 pontos) entre os dois grupos é o que se observa no item dois, “Foi difícil implicar os doentes numa participação activa do seu tratamento”. No decurso dos nove itens, é neste que o grupo de comparação obtém o score mais baixo (83 pontos), embora os dois grupos distribuam as suas opiniões praticamente por todos os valores escalares, com a diferença que os estudantes do grupo de estudo se centraram nos extremos positivos da escala, enquanto que os do grupo de comparação congregaram as suas opiniões nos extremos negativos da escala. Este posicionamento pode dever-se ao facto de o grupo de estudo ter tido oportunidade de seleccionar os doentes com quem pretendiam materializar as várias experiências pedagógicas, possibilidade que não foi dada ao grupo de comparação.

Mesmo assim, o grupo de estudo afasta-se 58 pontos do score máximo esperado (175 pontos), possivelmente devido à passividade apresentada pelos doentes no que se refere à sua implicação activa no tratamento. Embora comece a surgir uma nova cultura no que respeita à hospitalização, ainda é comum os doentes “entregarem-se totalmente” aos técnicos de saúde, especialmente nos hospitais públicos.

Pelo mesmo quadro, verificamos que no item quatro, “Com o decorrer do estágio, fui-me sentindo mais capaz de respeitar a privacidade do doente”, é o grupo de comparação que obtém uma pontuação mais elevada, embora com uma diferença mínima de 3 pontos. Será que os estudantes ao seleccionarem os doentes sentem uma maior proximidade ao ponto de “facilitarem” a abordagem dos cuidados, ou houve outros factores influentes? No item sete, “As questões que os doentes me colocavam, foram diminuindo com o decorrer do estágio”, também se verifica maior pontuação obtida pelo grupo de comparação, contudo, a análise feita a este item não nos merece a mesma

reflexão que o item anterior, uma vez que a afirmação tem uma direcção negativa, aceitando-se que os scores pudessem, por esse motivo, apresentar valores ainda mais baixos.

No que se refere aos itens oito, “Verifiquei que os doentes, sem os questionar, me foram confiando alguns aspectos da sua vida pessoal” e nove, “Os doentes aquando da sua alta, «agradeciam-me» pelos cuidados prestados durante o internamento”, verifica-se diferença significativa entre os scores obtidos pelos dois grupos, sendo mais baixa a pontuação para o grupo de comparação. Também a este nível houve, possivelmente, um relacionamento mais individualizado, parece que os doentes se sentiam mais apoiados pelos estudantes do grupo de estudo, o que na altura da alta fez eclodir no doente um sentimento de reconhecimento mais acentuado para com este grupo.

Pela variação da pontuação que se verifica no decurso dos nove itens acreditamos que ela não depende só do ênfase dado à temática sobre o relacionamento interpessoal durante a fase teórica do curso e da necessidade que os estudantes sentem em se afirmar socialmente perante os doentes, mas também do modelo seguido pelo grupo de estudo, durante o ensino clínico, que concretamente nesta dimensão, pelas suas características, pensamos ser a técnica do espelhamento a estratégia que mais influenciou a pontuação obtida pelo grupo de estudo.

Quadro 12 – Dimensão – Relacionamento interpessoal - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha, por item

ITENS	GRUPO DE ESTUDO										GRUPO DE COMPARAÇÃO									
	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%
	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	5	6	7			
1	-	-	-	-	2	11	12	25	160	91.42	-	-	-	-	2	11	12	25	160	91.42
2	1	4	2	-	7	10	1	25	117	66.85	-	8	10	1	3	3	-	25	83	47.42
3	-	-	-	2	8	13	2	25	140	80.00	-	3	-	2	10	6	4	25	128	73.14
4	-	-	1	-	1	8	15	25	161	92.00	-	-	-	-	2	7	16	25	164	93.71
5	-	-	-	-	1	10	14	25	163	93.14	-	-	1	-	2	13	9	25	154	88.00
6	-	-	-	-	2	5	18	25	166	94.85	-	-	-	-	2	10	13	25	161	92.00
7	-	4	3	8	4	3	3	25	108	61.71	-	1	2	8	10	1	3	25	117	66.85
8	-	-	-	-	6	11	8	25	152	86.85	-	1	-	4	2	17	1	25	137	78.28
9	-	-	-	-	1	6	18	25	167	95.42	-	-	-	2	3	19	1	25	144	82.28
TOTAL									1334	84.69									1248	79.23

* Score máximo esperado (itens x estudantes) = 1575

1.2.2 – Autonomia Face à Aprendizagem

Analisando o quadro 13, constatamos que na dimensão “Autonomia do estudante face à formação”, o cenário é significativamente diferente da realidade da dimensão anterior. Nesta dimensão, os scores variam entre 29 e 63 pontos (score máximo esperado), aproximando-se de alguma forma do score mínimo (9 pontos) e atingindo o score máximo esperado. Neste quadro, curiosamente, verificamos que o posicionamento dos grupos está totalmente invertido. O grupo de estudo, posiciona-se nos scores que ocupam a metade inferior do quadro, ou seja, entre 53 e 63, correspondendo aos scores mais altos enquanto que o grupo de comparação se distribui pelos scores da metade superior do quadro, 29 e 43, correspondendo aos scores mais baixos. Observamos ainda que o grupo de estudo apresenta valores de média (58,880) e moda (57), superiores aos do grupo de comparação, com média (37,160) e moda (38). No que se refere ao desvio padrão (2,6192) e amplitude de variação (10) do grupo de estudo, verificamos que são inferiores aos do grupo de comparação, cujos valores são (2,9816) e (14), respectivamente. Pela observação do quadro 13, há diferença significativa entre os scores obtidos nestes dois grupos.

Assim, nesta dimensão, todos os estudantes do grupo de estudo apresentam uma satisfação muito elevada, o que demonstra terem feito uma aprendizagem de acordo com os seus interesses pedagógicos. Por sua vez, o grupo de comparação apresenta os elementos distribuídos pelos níveis baixo, médio e alto, havendo uma maior densidade para a satisfação média, com 22 estudantes. De imediato, surge a satisfação alta com 2 estudantes e por último a satisfação baixa com 1 elemento do grupo.

Quadro 13 – Dimensão “Autonomia face à formação”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos

SCORES	GRUPO DE ESTUDO	GRUPO DE COMPARAÇÃO
	F	F
29	-	1
33	-	3
34	-	1
36	-	3
37	-	2
38	-	8
39	-	3
40	-	2
41	-	1
43	-	1
53	1	-
55	1	-
56	1	-
57	6	-
58	4	-
59	2	-
60	1	-
61	4	-
62	3	-
63	2	-
TOTAL	25	25

$$\bar{x} = 58,880$$

$$Mo = 57$$

$$S = 2,6192$$

$$AV = 10$$

$$\bar{x} = 37,160$$

$$Mo = 38$$

$$S = 2,9816$$

$$AV = 14$$

Ao fazermos a análise do quadro 14, verificamos que a dimensão “Autonomia face à formação” atinge para o grupo de estudo um score (1472 pontos) muito próximo do score máximo esperado (1575 pontos), ou seja, uma diferença de 103 pontos, muito diferente do grupo de comparação. Neste, o score obtido é de 934 pontos, com um

distanciamento de 641 pontos do score máximo esperado, o que permite uma diferença de scores de 538 pontos entre os dois grupos. É a nível dos itens 1, 2, 3 e 8 que se verifica uma maior discrepância entre os valores encontrados para o grupo de estudo e para o grupo de comparação. Assim, no item um, “Durante o estágio e de acordo com os objectivos propostos pela escola, foi-me dada a possibilidade de elaborar os meus objectivos pessoais”, o grupo de estudo aproxima-se bastante do score máximo esperado (175 pontos), ao contrário do grupo de comparação que se distancia em 91 pontos, porque há docentes que não confinam o estudante aos objectivos definidos pela escola, não dando liberdade ao formando para elaborar também os seus objectivos pessoais.

Quanto ao item dois, “No estágio, houve possibilidade de eu seleccionar as experiências que considere mais relevantes para a concretização dos meus objectivos”, a diferença entre o grupo de estudo e o de comparação é de 113 pontos. O maior número dos estudantes deste grupo posiciona-se nos limites negativos da escala, o que traduz não ser ainda prática corrente as experiências pedagógicas serem seleccionadas pelo formando, mas sim pelo formador.

No item três, “Dentro do grupo de estágio, foi-me permitido escolher os colegas com quem trabalhei”, a diferença ainda é mais significativa entre os grupos. Todos os elementos do grupo de comparação se posicionaram nos extremos negativos da escala, vinte deles no ponto 1. Perante esta opinião, parece-nos poder referir que é o professor que agrupa os estudantes 2 a 2, para desenvolverem a aprendizagem, durante o estágio.

Os itens quatro e cinco, pelas suas características, apresentam praticamente a mesma diferença entre os dois grupos e de uma forma muito menos significativa do que os itens anteriores. Já a nível do item seis, “No estágio, fui capaz de identificar obstáculos que interferem na autonomia das práticas de enfermagem”, ambos os grupos apresentaram praticamente o mesmo score, o que nos dá a ideia de que os estudantes de ambos os grupos estiveram atentos às questões de autonomia profissional, identificando com alguma facilidade as ameaças ou os limites à autonomia dos enfermeiros no atendimento aos doentes. No item sete, “Considero que me foi dada autonomia para mudar o meu

comportamento face à aprendizagem”, o grupo de comparação apresenta uma pontuação mais baixa que o grupo de estudo, contudo, era de esperar uma diferença mais significativa, ou seja, que o grupo de estudo atingisse o score máximo ou um valor muito próximo dele, face às características do modelo que eles seguiram. Perante estes dados podemos inferir que os estudantes não conseguiram distinguir com precisão a diferença entre autonomia e “deixa andar”.

Perante os dados obtidos no item oito, “Senti que a aprendizagem em autonomia me reforçou a auto-estima”, constatámos uma diferença significativa de pontuação (61 pontos) entre os dois grupos, sendo muito mais baixa no grupo de comparação, o que era de esperar. No entanto, mantemos a opinião que apresentámos no item anterior para o grupo de estudo. Este grupo, pela experiência que vivenciou, era suposto apresentar uma pontuação mais elevada, como por exemplo se verifica no item nove, “Considero que a autonomia dada durante o estágio, contribuiu para o desenvolvimento da minha autonomia pessoal”. Neste caso, o score obtido pelo grupo de estudo (170 pontos) situa-se muito próximo do score máximo esperado (175 pontos).

Em nossa opinião, o grupo de comparação, face aos scores conseguidos nos três primeiros itens, atingiu neste item nove uma pontuação muito elevada, posicionando-se os estudantes maioritariamente na metade positiva da escala, o que não seria de esperar. Esta dimensão, ao contrário da anterior, cuja temática foi desenvolvida na fase teórica, traduz a autonomia que ambos os grupos vivenciaram durante a aprendizagem clínica, face à formação, o que nos permite inferir ser o modelo seguido pelo grupo de estudo o responsável pela diferença de resultados verificada entre os dois grupos.

Quadro 14 – Dimensão – Autonomia face à formação - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha, por item

ITENS	GRUPO DE ESTUDO										GRUPO DE COMPARAÇÃO									
	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%
	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	5	6	7			
1	-	-	-	-	-	5	20	25	170	97.14	-	5	11	4	5	-	-	25	84	48.00
2	-	-	-	-	-	4	21	25	171	97.71	7	10	2	5	1	-	-	25	58	33.14
3	-	-	-	-	-	4	21	25	171	97.71	20	5	-	-	-	-	-	25	30	17.14
4	-	-	-	1	3	11	10	25	155	88.57	-	3	1	3	3	15	-	25	126	72.00
5	-	-	-	-	-	8	17	25	167	95.42	-	-	-	1	11	11	2	25	139	79.42
6	-	-	-	-	7	10	8	25	151	86.28	-	-	-	2	3	18	2	25	150	85.72
7	-	-	-	-	4	8	13	25	159	90.85	-	-	5	2	8	10	-	25	123	70.28
8	-	-	-	2	-	11	12	25	158	90.28	-	-	9	10	6	-	-	25	97	55.42
9	-	-	-	-	-	5	20	25	170	97.14	-	-	-	8	8	1	1	25	127	72.57
TOTAL									1472	93.46									934	59.30

* Score máximo esperado (itens x estudantes) = 1575

1.2.3 – Responsabilização Face à Aprendizagem

Verificamos pela análise do quadro 15 uma situação um pouco idêntica ao quadro anterior, no que se refere ao posicionamento dos grupos, praticamente invertido, e à distribuição dos elementos de ambos os grupos, especialmente para o grupo de comparação que apresenta os mesmos níveis de satisfação.

Nesta dimensão os scores encontrados variam entre 34 e 63 pontos (score máximo esperado), distribuindo-se os estudantes do grupo de estudo entre os scores 47 e 63, enquanto que os do grupo de comparação se posicionam mais a baixo, entre os scores 34 e 52, mais afastados do score máximo esperado.

Ainda segundo o mesmo quadro, observamos que o grupo de estudo apresenta uma média (56,040) superior ao do grupo de comparação (44,400). No grupo de estudo a moda (multimodal) é de (54,57, 58 e 60), sendo bimodal (45 e 46) no grupo de comparação.

Nesta dimensão, ao contrário do que se verifica nas outras, o desvio padrão no grupo de estudo (4,2277) é superior ao encontrado no grupo de comparação (3,6171). Quanto à amplitude de variação, o grupo de estudo apresenta o valor (16), inferior à que apresenta o grupo de comparação (18).

Face à distribuição encontrada, no grupo de estudo 21 estudantes conseguiram uma satisfação muito alta e 4 uma satisfação alta. No grupo de comparação, o posicionamento dos elementos é oposto, quase na totalidade, ao grupo de estudo, apresentando 22 estudantes satisfação alta, 2 com satisfação média e 1 com satisfação muito alta.

Pelo exposto, os grupos de estudo e de comparação atingiram uma satisfação, respectivamente, muito alta e alta, o que nos permite pensar que ambos os grupos se responsabilizaram pela sua formação, possivelmente uns de uma forma mais explícita do que outros.

Quadro 15 – Dimensão “Responsabilização face à formação”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos

SCORES	GRUPO DE ESTUDO	GRUPO DE COMPARAÇÃO
	F	F
34	-	1
36	-	1
41	-	2
42	-	1
43	-	1
44	-	2
45	-	7
46	-	7
47	1	-
48	-	2
49	1	-
50	2	-
51	1	-
52	-	1
53	1	-
54	3	-
55	1	-
56	1	-
57	3	-
58	3	-
59	2	-
60	3	-
61	2	-
63	1	-
TOTAL	25	25

$$\bar{x} = 56,040$$

$$Mo = 54, 57, 58 \text{ e } 60$$

$$S = 4,2277$$

$$AV = 16$$

$$\bar{x} = 44,400$$

$$Mo = 45 \text{ e } 46$$

$$S = 3,6171$$

$$AV = 18$$

Pelo que nos é dado observar através do quadro 16, a dimensão “Responsabilização face à formação”, obteve 1401 pontos no grupo de estudo e 1110 pontos no grupo de comparação, ficando distanciados do score máximo esperado, respectivamente 174 e 465 pontos, sendo de 291 pontos a diferença entre os scores obtidos pelos dois grupos.

Fazendo a apresentação e análise dos nove itens, verificamos que os estudantes dos dois grupos se posicionam nos pontos 6 e 7 da escala, apresentando um score muito semelhante e muito próximo do score máximo esperado, a nível do item um, “Considero que como estudante tenho o direito e o dever de participar activamente na minha formação”, o que indicia estarem os formandos conscientes dos seus direitos e deveres, como actores responsáveis pela própria formação.

Já no que concerne ao item dois, “Durante o estágio, senti-me o agente principal da minha formação”, enquanto os elementos do grupo de estudo se posicionam nos extremos positivos da escala, os estudantes do grupo de comparação dispersam a sua opinião praticamente por toda a escala. Tal facto sugere-nos que os estudantes do grupo de estudo apresentaram maior segurança, que os do grupo de comparação, quanto à postura que adoptaram face à aprendizagem.

O item quatro, “No decurso do estágio, seleccionei os doentes com características clínicas que me permitissem aplicar e desenvolver os conhecimentos teóricos”, é confirmado positivamente por todos os formandos do grupo de estudo e negativamente pela maioria dos elementos do grupo de comparação, o que permite inferir que enquanto todos os elementos do grupo de estudo tiveram possibilidade de seleccionar os doentes junto dos quais desenvolveram as suas práticas, vinte estudantes do grupo de comparação não tiveram essa oportunidade. Três dos elementos situaram-se no ponto neutro da escala e só dois estudantes “concordam parcialmente”, ou seja, foi-lhe dada alguma vez a possibilidade de seleccionar os doentes a quem prestar cuidados.

Observando a pontuação e o posicionamento dos formandos de ambos os grupos a nível do item cinco, “Empenhando-me na minha formação foi mais difícil fazer a ligação entre as exigências curriculares e as minhas necessidades pedagógicas”, verificamos que tanto uns como os outros se distribuem por toda a escala, à excepção do extremo negativo (1), o que demonstra grande divergência de opiniões. Como verificamos pelo quadro, é só neste item que o grupo de estudo apresenta uma divergência de opiniões tão acentuada.

Este posicionamento na escala poderá traduzir a dificuldade sentida pelos estudantes na gestão dos objectivos curriculares com os objectivos ou necessidades pedagógicas individuais.

Do item seis ao nove, apesar do grupo de comparação apresentar pontuação mais baixa que o grupo de estudo, a diferença que nos parece mais significativa é que, ao contrário do grupo de comparação, o grupo de estudo não se posiciona no ponto neutro da escala (4), o que poderá demonstrar uma escolha totalmente positiva, levando-nos a inferir que também nesta dimensão, o posicionamento dos estudantes do grupo de estudo fica a dever-se ao modelo seguido durante o ensino clínico.

Quadro 16 – Dimensão – Responsabilização face à formação - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha por item

ITENS	GRUPO DE ESTUDO											GRUPO DE COMPARAÇÃO								
	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%
	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	5	6	7			
1	-	-	-	-	-	3	22	25	172	98.28	-	-	-	-	6	19	25	169	96.57	
2	-	-	-	-	3	12	10	25	157	89.71	-	4	2	3	13	3	25	109	62.28	
3	-	-	-	-	1	12	12	25	161	92.00	-	-	-	6	11	2	25	134	76.57	
4	-	-	-	-	-	10	15	25	165	94.28	10	8	2	3	2	-	25	54	30.85	
5	-	2	4	7	5	3	4	25	115	65.71	-	1	7	9	4	3	25	104	59.42	
6	-	-	-	-	5	11	9	25	154	88.00	-	-	-	5	13	5	25	129	73.71	
7	-	1	-	-	4	5	15	25	157	89.71	-	-	-	4	13	8	25	129	73.71	
8	-	-	-	-	1	12	12	25	161	92.00	-	-	-	1	10	8	25	144	82.28	
9	-	-	-	-	4	8	13	25	159	90.85	-	-	-	2	10	11	25	138	78.85	
TOTAL									1401	88.95								1110	70.47	

* Score máximo esperado (itens x estudantes) = 1575

1.2.4 – Supervisão em Estágio

Pela análise do quadro 17 constatamos que estamos perante um cenário idêntico do quadro anterior, no que concerne à distribuição dos grupos de estudo e de comparação, bem como na formação dos níveis de satisfação dos estudantes.

Os scores, nesta dimensão, variam entre 38 e 63 pontos (score máximo esperado), sendo que o grupo de estudo se posiciona entre os scores 50 e 63, praticamente nos scores da metade inferior do quadro, enquanto que o grupo de comparação se distribui entre os scores 38 e 55, ou seja, com uma maior dispersão pelos scores do quadro e mais afastado do score máximo esperado.

Observamos também que o grupo de estudo apresenta valores de média (57,720) e moda (60 e 61), superiores aos conseguidos pelo grupo de comparação, em que a média e moda são (47,320) e (47), respectivamente.

Ainda no grupo de estudo, o desvio padrão (3,8678) e a amplitude de variação (13) são inferiores aos verificamos no grupo de comparação, sendo neste de (4,6163) e (17), respectivamente.

Assim, à excepção de 1 estudante do grupo de estudo, que atingiu um nível alto de satisfação nesta dimensão, os restantes 24 elementos obtiveram o nível muito alto de satisfação, na medida em que o grupo se posicionou entre os scores 50 e 63.

No grupo de comparação verificam-se três níveis de satisfação. Satisfação alta para 15 elementos, muito alta para 7 e média para 3 dos estudantes, em função da disposição na parte superior e média do quadro, entre os scores 38 e 55.

Decorrente do exposto, também nesta dimensão, foram os estudantes do grupo de estudo os que obtiveram um nível mais alto de satisfação.

Quadro 17 – Dimensão “Supervisão em estágio”: distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, segundo os scores obtidos

SCORES	GRUPO DE ESTUDO	GRUPO DE COMPARAÇÃO
	F	F
38	-	1
39	-	2
41	-	1
44	-	2
45	-	1
46	-	2
47	-	4
48	-	1
49	-	2
50	1	2
51	-	2
52	-	2
53	3	2
54	3	-
55	3	1
56	1	-
58	2	-
60	4	-
61	4	-
62	1	-
63	3	-
TOTAL	25	25

$$\bar{x} = 57,720$$

$$Mo = 60 \text{ e } 61$$

$$S = 3,8678$$

$$AV = 13$$

$$\bar{x} = 47,320$$

$$Mo = 47$$

$$S = 4,6163$$

$$AV = 17$$

Através da leitura global do quadro 18, constatamos que na dimensão “Supervisão em estágio”, o score obtido pelo grupo de estudo (1443 pontos) distancia-se em 132 pontos do score máximo esperado, enquanto que o score conseguido pelo grupo de comparação (1187 pontos) fica 368 pontos aquém do score máximo esperado, o que

permite que a diferença de scores entre os grupos seja de 256 pontos. Embora seja de 20 pontos a diferença entre os scores obtidos pelos dois grupos, a nível do item um, “Durante o estágio a supervisão foi desenvolvida dentro de um clima aberto e horizontal”, verificamos que a maioria dos estudantes do grupo de estudo (15) se situa no extremo positivo da escala e não houve nenhum indeciso quanto ao item em causa, o que não sucedeu com as opções dos elementos do grupo de comparação.

Relativamente ao item dois, “O modo como foi realizada a supervisão, provocou-me muito stress durante o estágio”, o score obtido pelo grupo de comparação é mais baixo que o score do grupo de estudo. Como o item tem uma direcção negativa, a opinião emitida pelos estudantes do grupo de comparação indicia que a supervisão, para eles, não lhes provocou muito stress, ao contrário do grupo de estudo que obteve uma pontuação mais alta, posicionando-se a maioria dos formandos nos extremos mais positivos da escala, significativo de muito stress. Em nossa opinião, este posicionamento justifica-se pelo facto dos estudantes estarem a seguir um modelo diferente do tradicional, passando de actores passivos, “tábuas rasas”, para agentes principais da própria formação. Uma situação não comum, inovadora, que embora os formandos aceitem e defendam como processo, ficam apreensivos quanto ao produto/resultado final, na medida em que criam expectativas quanto ao nível de sucesso final.

No item três, “No decorrer do estágio, vi o professor como uma pessoa mais experiente a quem eu podia abertamente pedir ajuda”, verificamos que há uma diferença significativa de pontuação entre o grupo de estudo e o de comparação (25 pontos) e, pelo posicionamento dos estudantes, os do grupo de estudo sentiram-se mais próximo do supervisor que os elementos do grupo de comparação.

Em todo o quadro, a diferença mais forte entre os scores dos dois grupos (65 pontos), verifica-se a nível do item sete, “Durante o estágio o professor proporcionou-me espaço para reflectir sobre as práticas desenvolvidas”. Enquanto o grupo de comparação atinge um score de 100 pontos, com uma distância de 75 pontos do score máximo esperado, o grupo de estudo consegue uma pontuação de 165, ou seja, menos 10 pontos

que a pontuação máxima esperada. Estas pontuações surgem em resultado do método que cada grupo seguiu durante o ensino clínico. Enquanto que o grupo de estudo seguiu um modelo de formação que previa vinte momentos formais de reflexão sobre a acção, procurando criar um clima de empatização entre formador e formandos, o mesmo não aconteceu com o grupo de comparação.

No item oito, “O professor levou-me a reflectir sobre o meu nível de conhecimentos”, novamente se verifica uma diferença significativa entre os dois grupos (27 pontos), seguido grupo de estudo, o facto é que, mesmo assim, o grupo de comparação obteve uma pontuação mais baixa. A nível do item nove, “Durante o estágio o professor não me impôs o seu saber fazer”, constatamos que é o segundo item em que a diferença de scores entre os dois grupos é muito significativa (44 pontos), sendo o item mais pontuado do grupo de estudo. Como verificamos, os elementos do grupo de estudo seleccionaram o extremo positivo da escala, enquanto que os estudantes do grupo de comparação dispersaram a sua opinião praticamente por toda a escala, com grande incidência no ponto intermédio, ou seja, numa postura de indefinição.

Em nossa opinião, perante os scores encontrados para os dois grupos, podemos inferir que, face ao modelo seguido pelo grupo de estudo, o processo da supervisão, essencialmente pelo recurso à técnica do espelhamento, ocorreu num contexto de maior horizontalidade e empatia entre estudantes e professor.

Quadro 18 – Dimensão – Supervisão em estágio - Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e comparação, segundo as suas opções de escolha, por item

ÍTEMS	GRUPO DE ESTUDO											GRUPO DE COMPARAÇÃO								
	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%	PONTUAÇÃO							F	TOTAL PONTOS	%
	1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4	5	6	7			
1	-	-	-	-	2	8	15	25	163	93.14	-	-	-	3	5	13	4	25	143	81.71
2	-	-	-	3	2	6	14	25	156	89.14	-	-	3	5	8	9	-	25	123	70.28
3	-	-	-	-	3	8	14	25	161	92.00	-	-	-	4	7	13	1	25	136	77.71
4	-	-	-	1	3	14	7	25	152	86.85	-	-	1	4	5	15	-	25	134	76.57
5	-	-	-	-	2	15	8	25	156	89.14	-	1	-	1	5	16	2	25	145	82.85
6	-	-	-	2	1	11	11	25	156	89.14	-	-	-	3	5	13	4	25	143	81.71
7	-	-	-	-	1	8	16	25	165	94.28	-	-	7	11	7	-	-	25	100	57.14
8	-	-	-	-	-	9	16	25	166	94.85	-	-	-	1	9	15	-	25	139	79.42
9	-	-	-	-	-	7	18	25	168	96.00	-	1	1	8	6	6	3	25	124	70.85
TOTAL									1443	91.61									1187	75.36

* Score máximo esperado (itens x estudantes) = 1575

Com o quadro 19 e gráfico 1, procuramos encerrar a análise que temos vindo a fazer, resumindo e evidenciando desta forma as diferenças observadas entre os scores das quatro dimensões da variável dependente. Assim, ao analisarmos o quadro 19 e o gráfico 1, constatamos que as diferenças entre os scores esperados e os obtidos, nas quatro dimensões, são menores no grupo de estudo do que no grupo de comparação, o que está em conformidade com o que temos vindo a referir.

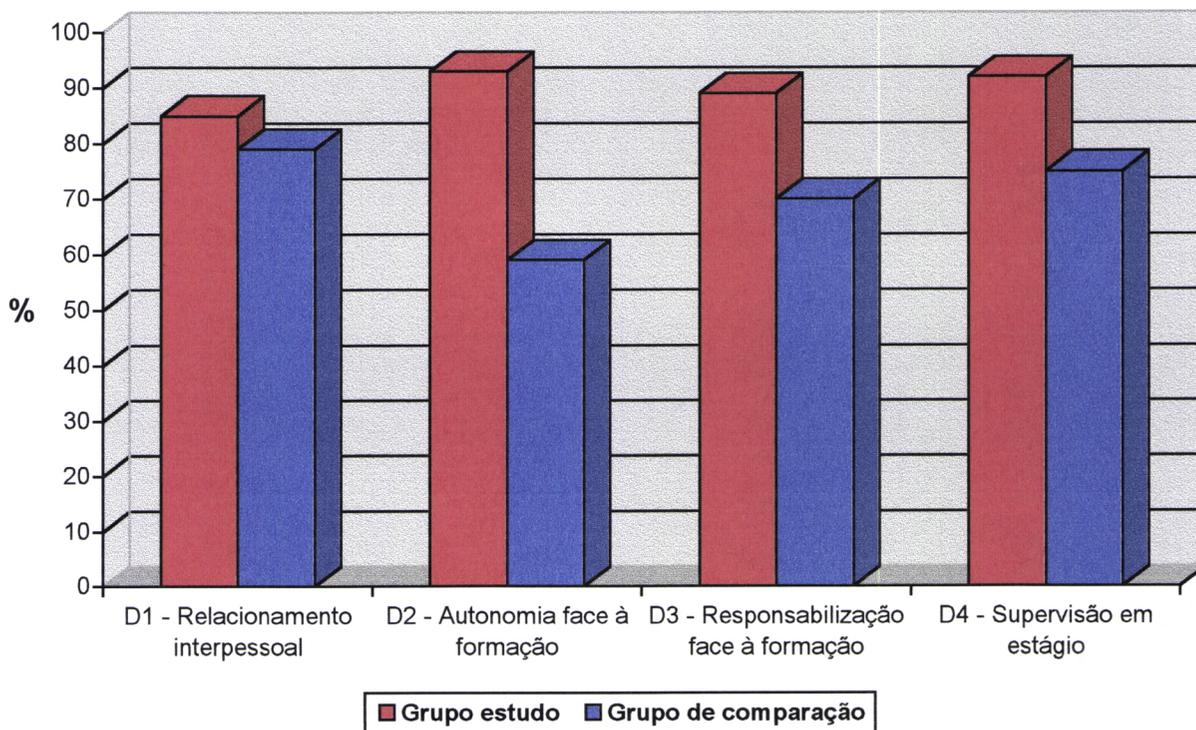
Relativamente ao grupo de estudo é na dimensão 2 que os estudantes se aproximam mais do score máximo esperado, seguindo-se as dimensões 4, 3 e 1, respectivamente. No grupo de comparação, embora com distanciamentos mais significativos do score máximo esperado, é a dimensão 1 que se aproxima mais do score máximo, seguindo-se as dimensões 4, 3 e 2, respectivamente.

Face ao que constatámos, somos levados a inferir que os scores obtidos estão relacionados com os modelos formativos utilizados.

Quadro 19 – Distribuição dos scores esperados e obtidos nas quatro dimensões pelos grupos de estudo e de comparação

SCORES	GRUPO DE ESTUDO				GRUPO DE COMPARAÇÃO			
	D1	D2	D3	D4	D1	D2	D3	D4
Score esperado	1575	1575	1575	1575	1575	1575	1575	1575
Score obtido	1334	1472	1401	1443	1248	934	1110	1187
Diferença de scores	241	103	174	132	327	641	465	388

Gráfico 1 – Comparação entre os scores obtidos pelos grupos de estudo e de comparação, nas quatro dimensões da variável satisfação da variável satisfação



Como já referimos, aquando do pré-teste, os estudantes nele envolvidos, sugeriram a criação de um espaço aberto no fim do questionário, de modo a ser-lhes dada a oportunidade de expressarem as suas opiniões.

Face a essa alteração e como se apresenta no quadro 20, o espaço aberto é aproveitado por 17 estudantes do grupo de estudo (68%) e 8 elementos do grupo de comparação (32%), que nos disponibilizaram informação preciosa sobre o decurso do processo de formação, tanto através das suas opiniões como através das sugestões apontadas, como veremos mais à frente em quadro próprio.

Quadro 20 – Distribuição dos estudantes dos grupos de estudo e de comparação, que deram a sua opinião – “O espaço que se segue permite-lhe clarificar alguma(s) resposta(s) ou fazer observações/sugestões que considere pertinente”.

GRUPO	IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDANTES	TOTAL
Grupo de estudo	1 – 3 – 4 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 – 18 – 19 – 21 – 25	17
Grupo de comparação	30 – 38 – 42 – 43 – 45 – 46 – 48 – 50	8

Ainda dentro do mesmo contexto, perante a observação e análise do quadro 21, podemos constatar que decorrente das opiniões dos estudantes do grupo de comparação surgiram 6 categorias e 53 indicadores, ao invés das opiniões dos elementos do grupo de comparação, donde se construíram 2 categorias e 10 indicadores, embora, como já referimos, todas válidas e carregadas de significado pedagógico.

Além de verificarmos que os elementos do grupo de estudo se disponibilizaram mais que os do grupo de comparação, em manifestar as suas opiniões ou sugestões, o conteúdo dos indicadores do primeiro grupo indicia que os seus elementos estão satisfeitos com o processo ensino-aprendizagem em que realizaram a sua formação. Primeiro, porque ela se desenvolveu num contexto reflexivo, dentro de um espírito de responsabilização e autonomia, permitindo-lhes aprofundar a capacidade de relacionamento com o professor e a partilha de experiências pedagógicas entre os colegas do grupo de estágio; segundo, porque 8 dos estudantes consideram que o modelo por eles experimentado, devia ser extensivo a todos os colegas, na medida em que todos os professores o deviam seguir.

Relativamente às opiniões emitidas pelos 8 estudantes do grupo de comparação, 5 deles dão sugestões para o decurso do estágio, sem contudo as justificar, e os outros 3 estudantes, de uma forma mais incisiva, criticam a supervisão subjacente ao modelo tradicional, demonstrando assim, em nossa opinião, alguma não satisfação com o processo ensino-aprendizagem seguido.

Quadro 21 – Categorias e indicadores resultantes da opinião dos estudantes dos dois grupos –
 “O espaço que se segue permite-lhe clarificar alguma(s) resposta(s) ou fazer
 observações/sugestões que considere pertinente.

GRUPO	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIA DE INDICADORES		TOTAL DE INDICADORES POR CATEGORIA
			N	%	
Grupo de estudo	Responsabilização pela própria formação	- Este modelo de formação veio questionar-me sobre a minha responsabilização na aprendizagem.	3	12.00	14
		- Este método responsabiliza-nos pelo nosso sucesso.	3	12.00	
		- O método seguido leva-nos a ser mais responsáveis.	3	12.00	
		- Acho positivo sermos nós a procurar as experiências mais significativas.	2	8.00	
		- O método seguido permite ao estudante uma participação activa na sua formação.	2	8.00	
		- Leva os estudantes a responsabilizarem-se pela aprendizagem.	1	4.00	
	Formação reflexiva	- Esta experiência foi muito enriquecedora pedagogicamente, devido à reflexão.	5	20.00	
		- Fui obrigado a reflectir sobre os meus conhecimentos teóricos.	3	12.00	
		- A minha evolução foi mais acentuada devido ao método reflexivo seguido.	2	8.00	
		- Fui mais exigente comigo próprio devido ao método reflexivo.	2	8.00	

GRUPO	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIA DE INDICADORES		TOTAL DE INDICADORES POR CATEGORIA
			N	%	
Grupo de estudo	Formação reflexiva	- Este método permite-nos desenvolver a capacidade de reflexão.	1	4.00	13
	Autonomia na formação	- Com este método senti-me mais autónomo.	3	12.00	9
		- Ao reflectirmos sobre a acção desenvolvemos a auto-confiança.	3	12.00	
		- O professor deixou de se impor, dando-nos mais autonomia.	2	8.00	
		- Ao seleccionarmos as nossas experiências dá-nos mais autonomia.	1	4.00	
	Supervisão	- Este tipo de ensino-aprendizagem aproxima-nos mais do professor.	4	16.00	6
- Com este método desenvolvi a minha capacidade relacional com o professor.		2	8.00		
Partilha entre os estudantes	- Partilhar com um colega o saber e as dificuldades desenvolve-nos cognitivamente e emocionalmente.	1	4.00	2	
	- Este método fez-nos implicar na aprendizagem uns dos outros.	1	4.00		
Sugestões	- Este modelo deve se extensivo a todos os estudantes.	7	28.00	9	
	- O método que seguimos devia ser usado por todos os professores.	1	4.00		
	- Devíamos fazer mais tardes.	1	4.00		
					53

GRUPO	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIA DE INDICADORES		TOTAL DE INDICADORES POR CATEGORIA
			N	%	
Grupo de comparação	Supervisão	- Os professores realizam uma supervisão muito apertada, dificultando a comunicação	3	12.00	5
		- Alguns professores provocam grande stress nos estudantes, levando-os à perda de auto-confiança.	2	8.00	
	Sugestões	- Durante o estágio devíamos fazer mais tardes.	3	12.00	5
		- O mesmo grupo de estágio não se devia manter nos dois semestres.	1	4.00	
- Seria importante podermos seleccionar o colega com quem trabalhar no estágio.	1	4.00			
					10

Face ao exposto, como se pode verificar pelo quadro 22, pelos scores observados, 24 dos estudantes do grupo de estudo, ou seja 96%, atingiram um nível muito elevado de satisfação. Apenas 1 estudante, o que representa 4% dos elementos do grupo, obteve um nível elevado de satisfação. Abaixo deste nível não se posicionou nenhum estudante.

Relativamente ao grupo de comparação, a realidade é diferente da do grupo anterior, na medida em que nenhum dos estudantes atingiu o nível muito elevado de satisfação. A maioria dos estudantes, ou seja 22 (88%), situaram-se no nível elevado de satisfação e 3 deles (12%) no nível médio de satisfação. Dentro dos níveis baixo e muito baixo não se posicionou nenhum elemento do grupo.

Estes dados sugerem-nos que os níveis de satisfação alcançados pelos grupos de estudo e de comparação, estão relacionados com os modelos seguidos durante o processo ensino-aprendizagem ensino clínico, confirmando-se haver diferença significativa no nível de satisfação dos dois grupos.

Quadro 22 – Distribuição dos scores segundo os níveis de satisfação conseguidos pelos grupos de estudo e de comparação.

NÍVEL DE SATISFAÇÃO	SCORES	ESTUDANTES			
		G. DE ESTUDO		G. DE COMPARAÇÃO	
		N	%	N	%
Muito elevado	252 a 210	24	96.00	-	-
Elevado	209 a 167	1	4.00	22	88.00
Médio	166 a 124	-	-	3	12.00
Baixo	123 a 81	-	-	-	-
Muito baixo	80 a 36	-	-	-	-

1.3 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO INFERENCIAL

Apesar de ser referido haver ou não diferença estatística na variável dependente, em relação aos estudantes dos dois grupos, entendemos apresentar, por uma questão de visibilidade, o tratamento estatístico inferencial efectuado.

Entendemos pertinente, por uma questão de sistematização e sequência lógica, analisar a equivalência dos dois grupos em estudo, ou seja, o grupo de estudo e o grupo de comparação. Procedemos à comparação da idade e dos sexos. Constatámos que não existe diferença significativa em termos médios relativamente às idades e também não existe diferença significativa relativamente à proporção dos sexos. Por esse motivo podemos concluir que, relativamente a estas duas variáveis, os grupos são equivalentes, como observamos pelos quadros 23 e 24, apresentados a seguir.

Quadro 23 – Distribuição da idade dos elementos dos grupos em estudo

GRUPO	N	\bar{X}	S	T	GL	P
G. de Estudo	25	21,720	3,089	1,354	48	0,182
G. de Comparação	25	20,800	1,414			

Quadro 24 – Distribuição do sexo dos elementos dos grupos em estudo

GRUPO	SEXO		χ^2	GL	P
	M	F			
Grupo de estudo	6	19	0,117	1	0,733
Grupo de comparação	5	20			
Total	11	39			
Totais	50				

Garantindo o facto de que as variáveis em teste apresentam distribuição normal (pré-requisito matemático para a aplicação de testes paramétricos), procedemos à comparação, em termos médios, dos scores obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo de comparação, em cada uma das quatro dimensões da variável dependente e na sua globalidade. Para tal, recorreremos à aplicação do teste t de student para diferença de médias, com grupos independentes. Os resultados obtidos, expressos no quadro 25, permitem-nos concluir que existem diferenças muito significativas ($p < 0,01$) entre as médias observadas nos dois grupos, em qualquer das quatro dimensões.

Atendendo aos valores médios, podemos ainda afirmar que no grupo de estudo foram obtidos resultados mais elevados que no grupo de comparação.

Quadro 25 – Diferença de médias entre o grupo de estudo e de comparação

DIMENSÕES	GRUPO	N	\bar{X}	s	T	GL	P
Relacionamento interpessoal	G. de estudo	25	53.360	3.0260	3.353	48	0,002**
	G. de comparação	25	49.920	4.1425			
Autonomia face à formação	G. de estudo	25	58.880	2.6192	27.365	48	0.000**
	G. de comparação	25	37.160	2.9816			
Responsabilização face à formação	G. de estudo	25	56.040	4.2277	10.460	48	0.000**
	G. de comparação	25	44.400	3.6171			
Supervisão em estágio	G. de estudo	25	57.720	3.8678	8.634	48	0.000**
	G. de comparação	25	47.320	4.6163			

**significativo ($p < 0.01$)

Procedemos também à comparação entre a satisfação dos estudantes do sexo masculino e os do sexo feminino, em cada um dos grupos. Pelos resultados obtidos concluímos que não existem diferenças significativas entre a satisfação evidenciada pelos estudantes do sexo masculino e pelos do sexo feminino, tanto no grupo de estudo como no grupo de comparação, em qualquer das quatro dimensões e no global, como podemos verificar no quadro 26.

Quadro 26 – Comparação entre a satisfação dos estudantes do sexo masculino e do sexo feminino dos dois grupos

DIMENSÕES	GRUPO	SEXO	N	\bar{X}	S	T	GL	P
Relacionamento interpessoal	G. de estudo	F	6	53.000	2.097	-0.328	23	0.746
		M	19	53.474	3.306			
	G. de comparação	F	5	51.600	2.302	1.015	23	0.321
		M	20	49.500	4.430			
Autonomia face à formação	G. de estudo	F	6	58.667	3.724	-0.224	23	0.825
		M	19	58.947	2.297			
	G. de comparação	F	5	38.600	0.894	1.220	23	0.235
		M	20	36.800	3.221			
Responsabilização face à Formação	G. de estudo	F	6	54.667	5.955	-0.909	23	0.373
		M	19	56.474	3.627			
	G. de comparação	F	5	45.600	3.975	0.824	23	0.418
		M	20	44.100	3.567			
Supervisão em estágio	G. de estudo	F	6	57.833	4.446	0.081	23	0.936
		M	19	57.684	3.801			
	G. de comparação	F	5	46.800	5.263	-0.276	23	0.785
		M	20	47.450	4.582			

Para avaliar a influência da idade na satisfação, evidenciada pelos estudantes, procedemos ao estudo da correlação entre os valores observados para esta variável, dimensões da escala.

Observando o quadro 27 podemos concluir que no grupo de estudo se detecta a existência de correlação negativa entre a idade e a satisfação, em qualquer das dimensões e na globalidade. Este facto leva-nos a admitir que existe a tendência para que os estudantes mais velhos evidenciem menor satisfação. No entanto, esta tendência apenas se revelou significativa nas segunda e quarta dimensões. No grupo de comparação observamos correlações tanto positivas como negativas, mas nenhuma se revelou significativa.

Quadro 27 – Correlação existente entre a idade e a satisfação nas várias dimensões, para o grupo de estudo e de comparação

GRUPO	DIMENSÕES	IDADE		
		N	R	P
G. de estudo	Relacionamento interpessoal	25	- 0.158	0.450
	Autonomia face à formação	25	- 0.566	0.003 **
	Responsabilização face à formação	25	- 0.353	0.083
	Supervisão em estágio	25	- 0.432	0.031 *
G. de comparação	Relacionamento interpessoal	25	0.147	0.485
	Autonomia face à formação	25	0.146	0.485
	Responsabilização face à formação	25	- 0.138	0.509
	Supervisão em estágio	25	- 0.073	0.730

* - Significativa ($p < 0.05$)

** - Significativa ($p < 0.01$)

QUARTA PARTE – CONCLUSÕES

“Os professores desempenham um papel importante na formação e desenvolvimento das atitudes, em geral, e na científica, em particular, junto dos seus jovens alunos.”

TRINDADE, V. (1996)

1 – CONCLUSÕES / PISTAS DE ESTUDO

Debruçarmo-nos sobre o problemático e subjectivo tema que é a satisfação dos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico, não é tarefa fácil, na medida em que a literatura existente refere-se a pressupostos, teorias e modelos possíveis de seguir ou implementar nas escolas em geral, com probabilidade de fazer aumentar, mais ou menos, o sucesso escolar.

Ao centralizarmos a nossa atenção no ensino clínico dos referidos estudantes, procurando fundamentar teoricamente as nossas crenças e valores, ficamos de posse dos conceitos dos vários autores, no que concerne aos direitos e deveres dos estudantes, bem como ao actual papel do professor implicado na formação de adultos, num contexto de inovação pedagógica, enquadrado no ambiente de mudança a nível do tecido social. Assim, este estudo permitiu-nos trabalhar e aplicar um modelo de intervenção educativa, durante o ensino clínico, a construção deste modelo foi inspirado pelo preconizado tanto por autores clássicos como por autores contemporâneos, como apresentámos no quadro 9.

Consideramos que no nosso meio trona-se pertinente inovar na área do ensino clínico, de forma a que os estudantes se sintam mais actores da sua própria aprendizagem, ao contrário do que até aqui tem sido usual, aproveitando a riqueza de experiências que os campos de estágio possam oferecer, tanto no domínio do desenvolvimento das habilidades psico-motoras, como das habilidades relacionais, e se apercebessem dos erros, responsabilizando-se pela sua formação, num ambiente de cooperação autêntica, tanto com os colegas como com o professor.

O nosso estudo, permite ainda verificar que foi possível o envolvimento de duas colegas, que embora conscientes do trabalho acrescido que isso lhes iria acarretar, acreditaram no nosso projecto e não se pouparam a esforços para que ele fosse concretizado.

Visa também o nosso estudo verificar, além do envolvimento dos estudantes na sua formação, o impacto do modelo reflexivo na satisfação dos estudantes, durante o ensino clínico, sendo de alguma forma prova disso as notas de campo que vamos apresentando.

Passamos de seguida à apresentação sistematizada das conclusões mais relevantes

do estudo, uma vez que no capítulo anterior, durante a apresentação dos resultados elaborámos algumas conclusões parcelares, a fim de consubstanciar a sua análise.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Sendo o estudo desenvolvido com estudantes do mesmo ano, embora de turmas diferentes, tendo os mesmos conteúdos programáticos sido abordados com todos os formandos, dentro do mesmo contexto, houve seguramente alguns factores que condicionaram os resultados obtidos nesta dimensão, que como já constatámos através do quadro 12, são diferentes nos dois grupos, na medida em que o grupo de estudo apresenta um score de 1334 pontos, enquanto que o score observado para o grupo de comparação é de 1248 pontos, havendo uma diferença de 86 pontos.

Para esta dimensão, dadas as características que envolveram o grupo de estudo (reflexão sobre a acção, guiada pelo “arco de trabalho” com recurso à técnica do espelhamento), enfatizando-se desta forma, que “a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada. É o doente que é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados” (Collière, 1989, p.151), não nos surpreenderia que a diferença de scores fosse mais significativa. Concordamos que não é fácil para os estudantes desenvolverem um relacionamento adequado com os doentes, pelos vários factores que são o quotidiano das enfermarias, que para estes jovens, em formação inicial, é muito pesado e difícil de suportar.

Uma estudante, no fim de prestar os cuidados de higiene a um doente saiu bruscamente de junto de nós. Como não se despediu do doente, fomos nós a fazê-lo. Procurámo-la a fim de lhe darmos o apoio necessário, pois durante a execução já nos tínhamos apercebido que ela apresentava dificuldade em levar ao fim o trabalho que estava a realizar. Então ela disse-nos:

“Se eu não me retirasse tão depressa acabaria por vomitar. Foi horrível para mim. Hoje o senhor X apresentava secreções por todo o lado”.

No dia seguinte, outra formanda, antes de colocar um soro em perfusão a uma doente, explicou-lhe o que era necessário fazer tecnicamente, preparou a doente e pediu-lhe colaboração. Tentou puncionar a veia mas não conseguiu à primeira vez, só à segunda. A doente queixou-se muito, mas sem revolta ou desagrado. A formanda pediu muitas

desculpas mas refugiou-se na casa de banho a chorar. Quando veio ter connosco dizia muito sofrida:

“Então eu que procuro ajudar estas pessoas que estão aqui a sofrer tanto, acabo também por ser causa do seu sofrimento?”

Com estas situações e outras semelhantes, os estudantes rejeitam, ou relegam para segundo lugar o relacionamento adequado com os doentes, porque para eles, neste momento, é mais importante começar por dominar a técnica e sentir segurança nas actividades a desenvolver. Este foi um dos aspectos apontados por elementos do grupo de estudo *“Esta prática possibilita cuidados de maior qualidade técnica e relacional”*, aquando do preenchimento do questionário-A, no final do primeiro momento de estágio. Este indicador, como podemos constatar no (Anexo IV), refere em primeiro a parte técnica e depois a relacional, levando-nos a inferir que o modelo biomédico marcou acentuadamente a prática dos cuidados de enfermagem.

Quando Botelho (1995), sublinha que nos confrontamos diariamente com a desumanização hospitalar, não é certamente para se referir a estas situações, próprias de aprendizagem inicial, uma vez que aqueles comportamentos manifestados pelas formandas, demonstram um grande sentido de respeito pelo sofrimento do doente. Consideramos que nestas vivências estão positivamente plasmadas as preocupações com a desumanização, apresentadas por Collière (1989) e Watson e Bevis (1990), porque os enfermeiros, neste caso os estudantes, quando comunicam com os doentes durante a prestação de cuidados fazem-no não só com o seu saber, mas também com o seu coração e os seus sentimentos (Monharet et al, 1996).

Como professores, valorizamos sobremaneira os sentimentos manifestados pelos estudantes, durante a prestação de cuidados aos doentes. Apesar destes esforços, este sentir, embora primordial, contrariamente ao senso comum, não é suficiente para combater a desumanização que de uma forma ou de outra envolve os doentes. Há também que enunciar alguns factores ambientais que rodeiam os profissionais de saúde, ou seja, as condições em que esses profissionais desenvolvem a sua actividade (número reduzido de elementos por turno, gestão inadequada de materiais e a falta de reconhecimento social da profissão, entre outros).

Pelo nosso estudo, verificamos que se a formação for desenvolvida num contexto de reflexão e espelhamento sobre a acção, os estudantes valorizarão não só os aspectos técnico e científico dos cuidados, mas também a relação afectiva, munindo-se de mais valias para o exercício profissional. Pelo exposto, sugerimos que durante o ensino clínico da formação inicial em enfermagem, se introduza ou reforce a reflexão sobre a acção, de forma que durante esse momento pedagógico coexistam a abordagem técnica e relacional durante a prestação de cuidados aos doentes e suas famílias.

AUTONOMIA FACE À FORMAÇÃO

A enfermagem, à semelhança de outras profissões, juridicamente possui autonomia própria, embora inserida numa equipa de saúde desempenhe não só funções autónomas, mas também interdependentes, como enfatiza Collière (1989). Considera a autora, que este novo paradigma tem vindo a emergir, à medida que se tem procurado “desmedicalizar os cuidados de enfermagem” (p. 193), permitindo assim “identificar as características dos cuidados e do serviço de enfermagem” (p. 232).

Para que os estudantes de enfermagem venham a ser profissionais conscientes dos seus direitos e deveres face à autonomia profissional, corroborando a opinião de Alarcão (1996), a melhor forma de os ajudar a desenvolver essa competência, é permitir que eles se formem num contexto de autonomização, ajudados pelo professor a construir o seu saber, reflectindo nas práticas, pois a autonomia aumenta na razão directa do aumento da capacidade de reflexão.

Pelo exposto e analisando esta dimensão, através do quadro 14, verificámos que há uma diferença significativa de scores (583 pontos) entre os dois grupos, o que evidencia a diferença de autonomia face à formação, o que é fortemente realçado pelos três primeiros indicadores. São os mais pontuados pelos elementos do grupo de estudo e os menos pontuados pelos estudantes do grupo de comparação.

Assim, os estudantes do grupo de estudo de acordo com Dupont e Ossandon (1998), elaboraram os seus objectivos, sem prejuízo dos estabelecidos pela escola;

seleccionaram as experiências mais relevantes como sugere Alarcão (1996), ao considerar que “é fundamental partir do que o formando gostaria de realizar” (p. 20), e convidaram no grupo um colega para trabalhar num contexto de aprendizagem cooperativa, posição seguida por vários autores como Cardoso et al (1996), Lalanda e Abrantes (1996), Cabral (1997) e Carneiro, R. (1997), ao defenderem que os estudantes devem aprender juntos, em cooperação, dentro da escola como aprendem fora dela, discutindo e trocando opiniões sobre os seus conhecimentos, dificuldades e perspectivas.

Por outro lado, os resultados obtidos pelo grupo de comparação, vão de encontro à crítica que Lalanda e Abrantes (1996), tecem ao ensino tradicional, que prepara os estudantes para a vida profissional sem ter em consideração os seus interesses pedagógicos, não lhes permitindo por isso elaborar objectivos pessoais, seleccionar experiências de aprendizagem e convidar um colega para dupla de trabalho-aprendizagem.

No primeiro dia de ensino clínico, depois de conhecermos o campo de estágio, quando chegou o momento dos estudantes convidarem o colega com quem desenvolver a aprendizagem, um deles colocou a seguinte questão:

“Ó Professor, será que nós vamos dar conta do recado? No fim do estágio não vamos estar um contra o outro?”

Expliquei-lhes mais uma vez que a aprendizagem prática é acelerada e enriquecida se for feita em grupo, como quando éramos alunos do ensino básico e fazíamos os deveres em grupo.

Fomos estando atentos ao desenvolvimento do estágio e no final, em grupo perguntámos ao mesmo estudante, Então, considera que deu conta do recado ou não? A resposta foi pronta:

“Professor, já comentámos isso, pelo menos para este campo de estágio, foi o melhor que nos podia ter acontecido. Na verdade sozinho teria sido muito penoso.”

Somos levados a crer que, neste momento, este estudante estava já a tecer uma avaliação, indo de encontro ao “acto de explicitação do não dito” como refere Barbosa (1996b).

Constatámos também através do quadro 21 que no espaço aberto, dedicado a observações ou sugestões do questionário-B, só alguns estudantes do grupo de estudo se referem explicitamente à autonomia. Consideram que “*Com este método senti-me mais autónomo*”, opinião que já tinha sido emitida pelos formandos, no final do primeiro estágio, aquando do preenchimento do questionário-A, na quarta pergunta. Outros consideraram que “O professor deixou de se impôr, dando-nos mais autonomia” e “Ao seleccionarmos as nossas experiências dá-nos mais autonomia”.

Relativamente ao grupo de comparação, há um estudante que sugere “*Seria importante podermos seleccionar o colega com quem trabalhar no estágio*”, afinal, o que estava a ser oferecido aos colegas do outro grupo.

Qualquer dos resultados estão de acordo com a opinião de Cabral (1997), quando defende que “dentro daquilo que é razoável, deverão os alunos fazer parte do processo de tomada de decisões” (p. 74).

Corroborando a opinião de Alarcão (1996), já referida, o percurso de autonomização dos estudantes é essencial à preparação de cidadãos e profissionais autónomos. Contudo, apesar de juridicamente a profissão de enfermagem ser considerada autónoma, dada a cultura instituída entre nós, em que o modelo seguido no atendimento ao doente tem sido o biomédico, teremos de desenvolver grandes esforços ao nível da formação inicial para que se deixe progressivamente de “atender o doente” e se passe à “prestação dos cuidados” a que o doente e família têm direito.

Consideramos que se durante o curso, os estudantes tiverem possibilidade de identificar a natureza dos cuidados de enfermagem e, forem ajudados a elaborar conjuntamente com os doentes os diagnósticos de enfermagem e os objectivos que se pretendem atingir, de modo a serem planeadas e executadas acções de enfermagem que satisfaçam as necessidades dos mesmos, quando eles chegarem à vida profissional estarão preparados para desenvolverem autonomamente essas actividades profissionais.

RESPONSABILIZAÇÃO FACE À FORMAÇÃO

Sendo os estudantes do Curso Superior de Enfermagem, adultos com características muito próprias, cabe-lhes ter um papel activo na sua formação, ou por outras palavras, devem converter-se em agentes principais da sua formação, como sublinha Ferrandez (1983), e que está de acordo com a posição assumida pelos estudantes dos dois grupos, traduzida pela pontuação obtida no primeiro indicador desta dimensão, muito próximo do score máximo esperado (175 pontos), como verificamos ao analisar o quadro 16.

Os elementos do grupo de comparação, apesar de não terem seguido o modelo introduzido no grupo de estudo e terem referido menos autonomia, como já constatámos, estão praticamente tão conscientes dos direitos e deveres de participar activamente na sua formação, quanto os formandos do grupo de estudo, o que está em sintonia com o que defende Silva (1998), Presidente da Associação Académica de Coimbra, ao referir que os jovens exigem assumir as responsabilidades que têm na construção de uma escola nova, o que nos permite concluir que os estudantes desejam e aguardam por participar activamente na mudança da escola. Ainda no grupo de comparação e a nível do quarto indicador, a pontuação obtida é manifestamente baixa, na medida em que poucos foram os estudantes que algumas vezes tiveram possibilidade de seleccionar os doentes, de acordo com as suas necessidades pedagógicas.

É efectivamente a nível dos indicadores 2, 3 e 4 que se verifica um maior desnível entre as pontuações dos dois grupos, sendo mais esbatida a diferença nos restantes itens. Também no espaço dedicado a observações e sugestões, questionário-B, o grupo de estudo atribui importância significativa à responsabilização na própria formação, como constatámos pelo quadro 21, onde, entre os indicadores mais significativos se encontra “*O método seguido leva-nos a ser mais responsáveis*”, o que está de acordo com Cardoso et al (1996), ao referir que uma escola não se deve virar exclusivamente para o “saber” e o “saber-fazer”, mas deve preocupar-se em levar os estudantes a “ser”, permitindo que os formandos se responsabilizem pela sua formação.

É de considerar que aquando do preenchimento do questionário-A, pelo grupo de estudo, à questão “Na sua opinião, esta metodologia responsabiliza-o mais, ou menos, pelo seu sucesso? Porquê?”, dos 25 estudantes, 24 consideram que “*Responsabiliza-nos mais pelo sucesso da nossa formação*”, (Anexo IV) sendo múltiplas as justificações, como se pode verificar, sendo no entanto a mais evidente “*Porque previne a repetição dos mesmos erros*” apontada por 18 estudantes do grupo.

Consideramos pertinente referir neste momento o desabafo de duas estudantes:

“Professor, no ano passado e até há alguns dias atrás, estávamos convencidos que a responsabilidade da nossa aprendizagem competia sobretudo ao professor e aos enfermeiros. Graças à metodologia que nos convidou a seguir, inicialmente, para nós, com alguns pontos de interrogação, chegámos à conclusão que estávamos erradas. Naqueles textos que nos forneceu, há um autor que diz e muito bem, que o estudante é responsável pela sua formação. À primeira vista não aceitámos, mas com o decorrer do estágio fomos obrigadas a aceitar, uma vez que nos fez eliminar os erros que mais facilmente fomos detectando.”

Provavelmente pelo supra citado, constatamos que a avaliação final deste grupo foi facilitada. Todos os elementos, pelo percurso que fizeram, empenhando-se e responsabilizando-se pela sua formação, chegaram ao momento da avaliação conscientes dos seus pontos fortes e fracos, o que significa, em nossa opinião e corroborando Nóvoa (1988) e Freire (1997), que os estudantes submetidos a este modelo não se limitaram a consumir saber, mas também o produziram, pelo que aceitamos que os estudantes do Curso Superior de Enfermagem sejam responsabilizados pela sua formação, não só por ser um direito e um dever de qualquer estudante do ensino superior, mas também por ser um processo inerente à formação de adultos.

SUPERVISÃO EM ESTÁGIO

Independentemente do modelo de supervisão estar de acordo com as características dos supervisados, ela deve desenvolver-se num contexto de “relação autêntica”, onde se tenha consciência do papel específico que cabe ao formador e ao formando, ambos empenhados em manter um clima aberto e horizontal. Neste contexto, e conforme

constatámos pelo quadro 18, a diferença de scores observados entre o grupo de estudo e o grupo de comparação (256 pontos), é explicada pelos scores conseguidos ao longo dos nove itens, encontrando-se os do grupo de estudo mais próximos do score máximo esperado (175 pontos), relativamente ao do grupo de comparação.

Quanto ao grupo de estudo, é no item 4 “O desenvolvimento da supervisão permitiu-me estabelecer a relação entre a teoria e a prática”, que se obtêm o score mais baixo (com 156 pontos), seguindo-se os itens 2 “O modo como foi realizada a supervisão, provocou-me muito *stress* durante o estágio”, 5 “A orientação que recebi do professor durante o estágio, foi adequada às minhas necessidades” e 6 “Constatai que o professor desenvolveu esforços a fim de eu me empenhar na formação”. A explicação que encontramos para que, precisamente, estes valores se encontrem um pouco abaixo dos restantes, está de acordo com Perrenoud (1994a), ao referir que a mudança acontece quando sobre as práticas houver nova reconstrução de representações e explicitação de projectos, ou seja, quando ao reflectir-se sobre as práticas, delas se fizer uma nova análise, como defende Barbosa (1996b).

A mudança faz-se mudando, mas é habitualmente um percurso de algum modo acidentado, necessitando de tempo para o abandono de um modelo em favor de outro, não se compreendendo por vezes que, ao contrário do modelo tradicional, num modelo construtivista, o professor desempenhe o papel de mediador entre os estudantes e os “conteúdos de aprendizagem”, como defende Vieira (1995).

Também foi interessante ver e sentir a relação que se estabeleceu com os estudantes. Numa sexta-feira, um enfermeiro, foi à sala onde estávamos a planear a semana seguinte e apesar de conhecer genericamente o modelo de formação que estávamos a seguir, não conseguiu conter esta observação.

“Se no meu tempo eu pedisse ao professor para me atribuir determinado doente, era um grande problema!”

Antes que nos fosse possível dizer alguma coisa, logo se ouviu um dos estudantes retorquir:

“E o Senhor Enfermeiro considera que foi a melhor maneira de aprender?”

Ao observarmos a pontuação dos itens do grupo de comparação, constatamos que é o item 7 “Durante o estágio, o professor proporcionou-me espaço para reflectir sobre as práticas desenvolvidas” que obtém o score mais baixo (100 pontos), claramente muito distante do score máximo esperado, contrariando-se a recomendação de vários autores, entre eles Schön (1972-1992) e Alarcão (1996), ao defender que é através da reflexão que os estudantes vão conquistando a autonomia.

Os itens 2, identificados na página anterior e 9 “Durante o estágio, o professor impôs-me o seu saber”, obtiveram uma pontuação idêntica (123 e 124 pontos, respectivamente), o que não está em conformidade com a opinião de Vieira (1995), ao defender que o estudante tem direito à iniciativa, além de que “assiste-se a uma mudança qualitativa dos modos de progressão e verificação do saber” (p. 61), que pelos resultados encontrados, não foi essa a experiência vivida por estes estudantes.

No que concerne aos restantes itens, os scores apresentam alguma proximidade, mantendo-se igualmente afastados do score máximo esperado. Face aos resultados encontrados nesta dimensão, a supervisão, para este grupo de estudantes, foi desenvolvida de acordo com o modelo de ensino-aprendizagem tradicional, antagónico ao que propõem Sprinthall e Sprinthall (1993), ao defenderem que a educação ao centrar-se na pessoa do educando, permite-lhe ter um papel activo na construção do seu conhecimento, uma vez que este não deve ser um mero receptor de informação.

Ainda no questionário-B, no espaço dedicado a observações/sugestões, as posições apresentadas pelos dois grupos fornecem-nos indicadores que estão em coerência com os dados obtidos anteriormente e com o modelo seguido por cada um dos grupos. Assim, no grupo de estudo, há elementos que referem que *“Este tipo de ensino-aprendizagem aproxima-nos mais do professor”* e outros consideram que *“Com este método desenvolvi a minha capacidade relacional com o professor”*. No grupo de comparação as opiniões são diferentes, para alguns estudantes *“Os professores realizam uma supervisão muito*

apertada, dificultando a comunicação” e para outros “Alguns professores provocam grande stress nos estudantes, levando-os à perda de auto-confiança”.

As opiniões apresentadas pelo grupo de estudo, contrariamente às do grupo de comparação, vêm de encontro às ideias preconizadas por Alarcão (1993) e Tavares (1993), ao sublinharem que o supervisor deverá ver os estudantes na dimensão bio-sócio-cultural, ou seja, na sua globalidade, em simultâneo com a emergência da relação de ajuda, acabando mesmo o professor por se colocar “na pele do outro”, a fim de o compreender profundamente, sem o subalternizar, manipular ou reduzir.

É ainda oportuno referir que, aquando do preenchimento do primeiro questionário, pelo grupo de estudo, uns assinalaram que “*O modelo seguido aproximou-nos mais do docente*”, por outro lado, outros referiram “*Este método, como exige maior acompanhamento do docente, pode prejudicar-nos na classificação*”. Enquanto que a primeira opinião está na linha do que temos vindo a referir, já a segunda, embora apresentada só por dois estudantes, poderá significar que estes formandos não interiorizaram a positividade do espelhamento, em que os erros apontados não devem ser vistos como um momento de humilhação do estudante, como assinala Alarcão (1996), mas deve ser um momento pedagógico de reflexão e abertura autênticas, na procura da razão de ser do erro praticado, ou seja, em que contexto ele aconteceu e quais os factores que o motivaram.

O nosso estudo leva-nos a pensar que, se a supervisão dos formandos em ensino clínico se desenvolver num clima de autenticidade e respeito mútuos, sem medos, onde as relações interpessoais desenvolvidas num clima de empatia entre os actores pedagógicos, permitam potencializar o diálogo e os saberes, os medos serão ultrapassados sem rodeios, afinando-se dessa forma a aprendizagem cognitiva, afectiva e social.

Na linha do que temos vindo a referir, consideramos que, mais importante que a formação contínua em supervisão, como alguns autores indicam, é prioritária a definição de uma filosofia educativa de escola, pois subjacente a essa medida está a selecção do ou dos modelos de aprendizagem, obstando a profusão de modelos pessoais, dificultando a reflexão conjunta dos professores sobre as práticas.

Corroborando a opinião dos vários autores citados, é num contexto de inovação pedagógica, decorrente de uma nova cultura organizacional, que pretendemos desenvolver a nossa actividade profissional. Numa escola onde os professores construam e troquem os seus saberes teóricos e práticos, numa relação de confiança, onde, gradualmente, seja possível a cada um libertar-se dos constrangimentos e dos hábitos, no fundo, de uma pesada cultura obsoleta que teima em perpetuar modelos tradicionais e arcaicos.

Ao finalizar as conclusões consideramos pertinente referi que foi possível aplicar um modelo de formação diferente do existente, que entre outras estratégias enfatizou a técnica do espelhamento e ainda verificar a aceitação deste modelo por parte dos estudantes e dos nosso colegas de trabalho, que já lhe estão a dar continuidade, bem como verificar o impacto a nível da satisfação dos formandos.

PISTAS FINAIS

Embora durante as conclusões tivéssemos desenvolvido alguns considerandos e sugestões, sem pretendermos generalizar os resultados obtidos, fruto de apurada reflexão ao longo deste processo, entendemos pertinente apresentar modestas sugestões/pontos de partida, mais estruturais e exequíveis:

- Inventariar as necessidades/preocupações dos estudantes;
- Inventariar as necessidades/preocupações dos docentes;
- Considerar a supervisão um processo promotor de inovação;
- Criar um grupo de investigação das práticas pedagógicas, conducentes à elaboração de novos modelos de formação.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, I. (1993) – Prefácio. In Tavares, J. et al – *Dimensão pessoal e interpessoal na formação*. Aveiro: CIDINE (p. 8).
- Alarcão, I. (1996) - Ser professor reflexivo. In Alarcão, I. et al - *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora (p. 171-189). CIDINE.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (1987) - *Supervisão da prática pedagógica. uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Albou, P. (1968) - *Les questionnaires psychologiques*. Paris: Press Universitaires de France.
- Amaral, M. J. et al (1996) - O papel do supervisor no desenvolvimento do professor reflexivo: estratégias de supervisão. In Alarcão, I. et al - *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. (p. 89-122).
- Amiguinho, A. J. (1992) – *Viver a formação – construir a mudança*. Lisboa: Educa.
- Avanzini, G. (1978) - *A pedagogia do século XX*. 2º Vol. Lisboa: Moraes Editores.
- Bähr, W. (1991) - *A competência de auto-aprendizagem: abordagem e experiências na República Federal da Alemanha*. (p. 87-102).
- Barber, P. (1993) - Desarrollar la “persona” del cuidar profesional. In Hinchliff (1993) - *Enfermería y cuidados de salud*. Barcelona: Ediciones Doyma (p. 735-761).
- Barbosa, L. (1994) – *La caracterization des processus de formation et la formation des formateurs comme strategics de changement organizationnel*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de CAEN.
- Barbosa, L. (1996a) - *Supervisão e avaliação pedagógica (Manual de tópicos)* Lisboa: Universidade Católica.

- Barbosa, L. (1996b) - *A relação pedagógica (Manual de Tópicos)*. Lisboa: Universidade Católica.
- Barbosa, L. (1997) - *Pensar a escola e os seus actores*. Sintra: Associação de Professores de Sintra.
- Barbosa, L. et al (1990) - *A formação de jovens: um modelo interactivo*. Porto: ASA.
- Bardin, L. (1991) - *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benavente, A. (1994) – Introdução. In Thurler, M.; Perrenoud, Ph. – *A escola e a mudança: contributos sociológicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Benavente, A. et al (1993) – *Mudar a escola mudar as práticas: um estudo de caso em educação ambiental*. Lisboa: Escolar Editora.
- Bento, J. (1990) - Educar os alunos para uma atitude de actividade, de autonomia e responsabilidade. *O Professor*. Nº 7, III Série, Julho (p. 26-34).
- Berbaum, J. (1993) - *Aprendizagem e formação*. Porto: Porto Editora.
- Bireaud, A. (1995) - *Os métodos pedagógicos no ensino superior*. Porto: Porto Editora. Colecção Ciências da Educação.
- Botelho, M. (1995) - Perspectivar o cuidar no futuro. *Informar*, nº 1, Abril/Junho (p. 37-38)
- Boughn, S. (1988) - A lack of autonomy in the contemporary nursing student: a comparative study. *Journal of Nursing Education*, vol 27 (4) (p. 150-154).
- Buckley, R.; Caple, J. (1998) - *Formação individual e coackng*. Lisboa: Monitor.
- Buckley, R; Caple, J. (1998) - *Formação individual e coaching*. Lisboa: Monitor.
- Buriolla, M. (1996) - *Supervisão em serviço social: o supervisor, sua relação e seus papéis* (2ª ed.) São Paulo: Cortez.
- Cabral, R. (1995) - *Excelência, educação e desenvolvimento*. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Cabral, R. (1997) - A reinvenção da escola. In Pedro d’Orey et al - *Educação em Debate*. Lisboa: Universidade Católica (p. 47-82).

- Cabral, D. M. (1998) - 4 anos de contributo para a divulgação de saberes. *Informar*, Ano IV, nº 15, Outubro/Dezembro (p. 3-4).
- Calafate, L. (1997) - Etologia das relações interpessoais: implicações da biologia no comportamento para a descrição da comunicação pedagógica. *O Professor* (p. 60-73).
- Campos, B. (1991) – *Educação e desenvolvimento pessoal e social*. Porto: Edições Afrontamento.
- Campos, J. (1994) – *Avaliação curricular como contributo para o aperfeiçoamento da formação básica do enfermeiro*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, na Área da Pedagogia da Saúde, apresentada à Universidade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa.
- Canales, F. H. et al (1990) - *Metodologia de la invesrigacion: manual para el desarrollo de personal de salud*. México: Limusa.
- Canário, R. (1997) - Formação e mudança no campo da saúde. In Canário, R. et al - *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora (p. 117-146).
- Canário, R. (1998) - Formação na mudança: três orientações estratégicas. *Pensar Enfermagem*. Vol I, nº 2, 1º Semestre (p. 20-23).
- Cardoso, A. et al (1996) - O movimento da autonomia do aluno: repercussões a nível da supervisão. In Alarcão, I. - *Formação Reflexiva de Professores: estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora (Colecção CIDINE) (p. 63-88).
- Carneiro, R. (1997) - Reinventar a educação na Europa. In Pedro d,Orey - *Educação em debate*. Lisboa: Universidade Católica.
- Carneiro. M. G. (1997) - Da formação inicial à formação contínua: espaço para os saberes práticos. *Pensar Enfermagem*, Vol 1, nº 1, 2º Semestre de 1997 (p. 20-22). Lisboa: ESE Maria Fernanda Resende.
- Carvalho, A. (1997b) - A escola, o professor e os curricular dos alunos: conceito generalizado. *O Professor*, nº 54, III Série, Março /Abril (p. 46-54).
- Cervo, A. L. ; Bérvián, P. A. (1983) - *Metodologia científica* (3ªed.). São Paulo: McGraw-Hill.

- Chaboisier, M. (1991) - La formation inithiale des infirmières. *Univers de la Profession Infirmière*. Vol II. s.l.: Presses de Lutece, (p. 59-67).
- Chalifour, J. (1993) - *Enseigner la relation d'aide*. Boucherville: Gætan Morin Éditeur.
- Chiavenato, I. (1987a) - *Administração de recursos humanos* (2ª ed.). Vol 1. São Paulo: Atlas.
- Chiavenato, I. (1987b) - *Teoria geral da administração* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.
- Chiavenato, I. (1992) - *Recursos humanos: edição compacta* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Collière, M. (1989) - *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, J.; Melo, A. (1998) - *Dicionário da língua portuguesa* (8ª ed.) Porto: Porto Editora.
- Cruz, M. (1996) - *Grau de satisfação dos alunos quanto ao processo de supervisão do ensino clínico e quanto ao modo como nele participam os diferentes actores educativos*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, apresentada na Universidade Católica Portuguesa - Lisboa.
- Daniel, L. F. (1987) - *Enfermagem: modelos e processos de trabalho*. São Paulo: EPU.
- Dewey, J. (1959) - *Como pensamos – como se relaciona o pensamento reflexivo com o processo educativo: uma reexposição*. (3ª ed.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Diniz, A. (1997) - A ineficácia do ensino. *O Professor*, nº 54, III Série, Março/Abril (p. 38-45).
- Dolbec, A. (1997) - La recherche-action. In Gauthier, B. - *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données*. Canadá: Presses l'Université du Québes (p. 467-496).
- Dominicé, P. (1990) - *L'histoire de vie comme processus de formation*. Paris: Edition de l'Harmattan.

- Dortu, J. C. (1993) - *Combater o stress do estudante*. Porto: Porto Editora (Colecção Saber Aprender).
- Duarte, A. F. (1996) - Uma nova formação profissional para um novo mercado de trabalho. *Formar*, nº 21, Dezembro. Lisboa: E. Direcção de Serviço de Informação Científica e Técnica (p. 4-23).
- Dupont, P; Ossandon, M. (1998) – *A pedagogia universitária*. Coimbra: Coimbra Editora.
- Eitington, J. E. (1991) - *Faire participer l, apprenant: exercices et documents*. Paris:Les éditions d,organisation.
- Elliot, J. (1990) – *La investigación – acción en educaci3ns*. Madrid: Ediciones Morata.
- Enciplopédia Luso-Brasileira de Cultura (1969), Vol 8. Lisboa: Editorial Verbo.
- Estrela, A. (1990) - *Teoria e prática de observação de classes: uma estratégia de formação de professores* (3ª ed.) Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Fachada, M. O. (1991) - *Psicologia das relações interpessoais*. s.l.: Rumo.
- Feldmann, B. et al (1991) - *Novas orientações para a formação profissional na europa*. (p. 117-135)
- Ferrandez, A. (1983) - *La enseñanza individualizada* (3ª ed.). Barcelona: Ed. CEAC.
- Ferreira, C. (1981) - Reflexões sobre a autonomia e a gestão das profissões de saúde. In *Actas do “Congresso Nacional de Enfermagem”*. Coimbra, p. 73-84.
- Fonseca, V. (1994) - Aprender a pensar. *Formar*, nº11 - Maio/Julho (p.14-23).
- Freire, P. (1997) - *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Fromer, M. J. (1981) - Paternalismo. *Health Care, Nursing Outlook*, 29 (5), (p. 284-290).
- Galant, M. (1992) - Quelle formation, pour quel exercice infirmier? *Soins Formacion Pedagogia - Encadernem*, nº 1, Abril, (p. 55-56).

- Gameiro, M. (1991) - *Valores dos docentes versus valores dos alunos*. Dissertação do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, apresentado à Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca - Coimbra.
- Ghiglione, R.; Matalon, B. (1992) - *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1994) - *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Graça, L. (1989) – O que é que faz correr o chefe? *Dirigir*. Lisboa. Nº 6 (p. 28-30)
- Jesus, S. (1997) - *Influência do professor sobre os alunos*. Porto: Edições ASA .
- Josso, C. (1988) - Da formação do sujeito ... ao sujeito da formação. In Nóvoa, A. et al - *O Método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos/Ministério da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Kaplan, A. (1975) - *A conduta na pesquisa: metodologia para as ciências do comportamento*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Knowles, M. (1990) – *L'apprenant adulte: vers un nouvel art de la formation*. Paris: Les Editions d'Organisation.
- Kurtines, W. M (1974) - Autonomy: a concept reconsidered. *Jornal of Personality Assessement*, 38 (4) (p. 243-246)
- Lalanda, M. C.; Abrantes, M. M. (1996) - O conceito de reflexão em J. Dewey. In Alarcão, I et al - *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto: Porto Editora (p. 41-62).
- Lazure, H. (1994) - *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta (p. 51).
- Lesne, M. (1984) - *Trabalho pedagógico e formação de adultos. Elementos de Análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Manoukian, A.; Massebeuf, A. (1995) - *La relation soignant soigné*. Paris: Ed. Lamarre.
- Marconi, M. , Lakatos, E. (1988) - *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Marques, R. (1998) - *A arte de ensinar: dos clássicos aos modelos pedagógicos contemporâneos*. Lisboa: Plátano Edições Técnicas.

- McCarty, M. (1987) - *Comité consultivo para a formação do domínio dos cuidados de enfermagem: Simpósio “Mudanças nos cuidados de saúde e formação dos enfermeiros no século XXI”*. Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.
- Mendonça, M. (1996) - Docentes de enfermagem: como articular teoria e prática. *Informar*, Ano II nº 6, Julho /Setembro (p.18-20).
- Monharet, B. et al (1996) - *Les soignants et al communication*. Paris: Ed. Lamarre.
- Moreira, C. D. (1994) - *Planeamento e estratégias da investigação social*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Moreira, M. A.; Alarcão, I (1997) - A investigação – acção como estratégia de formação inicial de professores reflexivos. In Alarcão, I et al - *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora (p. 171-189). Coleção CIDINE.
- Mucchielli, R. (1981) - *A formação de adultos*. São Paulo: Livraria Martins Fontes editora.
- Neves, L. (1996) - Contratos de aprendizagem: uma estratégia compatível com a prática clínica reflexiva. *Informar*, Ano II, nº 4, Jan/Mar (p. 14-18).
- Niza, S. (1997) - *Formação cooperada: ensaio de auto-avaliação dos efeitos da formação no Projecto Amadora*. Lisboa: Educa.
- Nóvoa, A.(1988) - *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Departamentos de Recursos Humanos/Ministério da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Nóvoa, A.(1988) - O método (auto)biográfico na encruzilhada dos caminhos da formação de adultos. *Revista Portuguesa de Educação*. Lisboa, Vol 1 (2), p. 7-10.
- Nóvoa, A. (1991) - A formação contínua entre a pessoa – professor e a organização – escola. *Inovação*, 4(1), p. 63-76.
- O’Meara, P. et al (1988) - *Como estudar melhor*. Lisboa: Editorial.
- Oliveira, I. ; Neves, L. (1995) - Fosso teoria / prática na formação de enfermagem: mito ou realidade? *Informar*, Ano I ,nº 1, Abril /Junho (p.7-10).

- Palmer, A. et al (1994) - *Reflective practice in nursing: the growth of the professional practitioner*. Great Britain : Blackwell Science.
- Pearn, M.; Downs, S. (1991) - O desenvolvimento de formandos qualificados: a experiência da ICI e da SHELL no Reino Unido. In Nyhan, B – *Desenvolver a capacidade de aprendizagem das pessoas: perspectivas europeias sobre a competência de auto-aprendizagem e mudança tecnológica*. Bruxelas: Ed. Interuniversidades Europeias (p. 103-116).
- Pearson, A.; Vaughan, B. (1992) - *Modelos para o exercício da enfermagem*. Lisboa: Grafilarte, Artes Gráficas.
- Peccoux, B. (1995) - Enseignement clinique en stage: utopie ou réalité? *Soins Formation-Pedagogie - Encadrement*, nº 15, 3ª Trimestre (p. 49-61).
- Perrenoud, Ph. (1994a) – A escola deve seguir ou antecipar as mudanças da sociedade? In Thurler, M; Perrenoud, Ph. – *A escola e a mudança: contributos sociológicos*. Lisboa: Escolar Editora (p. 11-31).
- Perrenoud, Ph. (1994b) - O que está em jogo, a nível dos estabelecimentos escolares, numa renovação didáctica. In Thurler, M; Perrenoud, Ph. - *A escola e a mudança: contributos sociológicos*. Lisboa: Escolar Editora (p. 111-132).
- Pires, A. (1995) - Formar para a criatividade. *Dirigir*, Ano VII, nº 37, maio/Junho (p. 16-19).
- Plenchette, M. (1992) - Les nouvelles relations enseignants - étudiants. *Soins Formation - Pédagogie - Encadrement*, nº 1, Abril, p. 60-62.
- Polit, D. ; Hungler, B. (1995) - *Investigación científica en ciencias de la salud* (4ª ed.) México: Interamericana - Mc Graw-Hill.
- Portugal, Assembleia da República (1986) - Lei nº 46/86 – *Lei de bases do sistema educativo*. “Diário da República”. I Série (237), 14 de Outubro.
- Portugal, Ministério da Educação e da Saúde (1990) - *Portaria nº 195/90 – Regulamenta o curso de bacharelato em enfermagem a que se refere o Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro*. “Diário da República”. I Série (64), 17 de Março.

- Portugal, Ministério da Educação e da Saúde (1990) - *Portaria nº 282/90 – Aprova o plano de estudos do curso de bacharelato em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. “Diário da República”. I Série (89), 17 de Abril.
- Portugal, Ministério da Saúde (1988) - *Decreto-Lei nº 480/88 – Integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional*. “Diário da República”. I Série (295), 23 de Dezembro.
- Proença, M; Barros, D. (1993) - *Relação pessoal e interpessoal na relação social* (p. 139-149).
- Queirós, A. (1995) - *Empatia e respeito na formação em enfermagem*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem, apresentada à Lisboa: Universidade Católica Portuguesa - Lisboa.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. (1992) - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva-Publicações, Lda.
- Reboul, O. (1982) - *O que é aprender?* Coimbra: Livraria Almedina.
- Reed, J. (1993) - *Teaching interpersonal communication skills. Nursing Education: a reflective approach*. London: Eduard Arnold.
- Richardson, R. J. et al (1989) - *Pesquisa social: métodos e técnicas* (2ªed.). São Paulo: Atlas.
- Rogers, C. (1970) - *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes editora.
- Rúdio, F. V. (1986) - *Introdução ao projecto de pesquisa científica* (13ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Sá-Chaves, I. (1989) - *Professores, eixos de mudança: o pensamento pedagógico na post-modernidade*. Aveiro: Editora Estante.
- Sacramento, M. J. (1993) - *A escola e as autonomias*. Porto: ASA.
- Salgueiro, N. R. (1994) – *Investigação em Enfermagem. Nursing*. Lisboa, nº 26 (7) Maio, p. 7-12.
- Salgueiro, N. R. (1999) – *Um percurso profissional. Sinais Vitais*. Coimbra. Nº 23, Março, (p. 9-12).

- Santos, A.C. (1995) – *Ideologias, modelos e práticas institucionais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica de Desenvolvimento, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Schön, D. (1992) - *La formación de profesionales reflexivos*. Barcelona: Ministério da Educação e Ciências.
- Silva, A. (1998) - O próximo século deve ser o século da verdadeira humanização da escola. In *Armário da Educação*. Lisboa: Eurotandarte (p. 18-19).
- Silva, M.; Cardoso, P. (1993) - Estudos sobre a dimensão pessoal e interpessoal. In Tavares, J et al - *Dimensão pessoal e interpessoal na formação*. Aveiro: CIDINE (p. 29-39).
- Simões, A. (1979) - *Educação permanente e formação dos professores*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Simões, A. (1998) – O próximo século deve ser o século da verdadeira “Humanização da Escola”. *Anuário da Educação 98/99*. Lisboa (p. 18-19).
- Simões, A. C. (1888) – *A minha administração*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Simões, C.; Simões, H. (1997) - Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional. In Sá-Chaves, I et al - *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora (p. 37-58).
- Slavitt, D. et al (1978) – Nurses satisfaction with their work situation. *Nursing Research*. Vol 27 (2) (p. 114-120).
- Soares, M (1993) – *Da blusa de brim à blusa branca – contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal 1880-1950*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Sprinthall, N. A. ; Sprinthall, R. C. (1993) - *Psicologia educacional*. Lisboa: McGraw-Hill
- Steele, J. (1992) - Aprender a ser docente en el mundo actual: aplicar teorías e modelos. In Riehlsisca, J. - *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona: Ediciones Doyma (p. 3-28).

- Stoner, J. (1985) – *Administração*. (2ª ed.) Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil.
- Subtil, C; Oliveira, D. (1997) - Formação de enfermeiros: desafios da intervenção por projectos. *Informar*, Ano III, nº 9, Abril/Junho (p. 7).
- Tavares, J. (1993) - Clarificação dos conceitos básicos, objectivos a atingir e suas implicações no processo ensino/aprendizagem. In Tavares, J. et al - *Dimensão pessoal e interpessoal na formação*. Aveiro: CIDINE (p. 15-24).
- Tavares, J. (1997) - A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico. In Sá-Chaves, I. et al - *Percursos de formação e desenvolvimento profissional*. Porto: Porto Editora (p. 59-74).
- Tavares, J.; Alarcão, I. (1985) - *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Thévenet, M. (1997) - *Cultura de empresa: auditoria e mudança*. Lisboa: Monitor.
- Thurler, M. G. (1994a) - As dinâmicas de mudanças internas aos sistemas educativos: como os profissionais reflectem sobre as suas práticas. In Thurler, M. G.; Perrenoud, Ph. - *A escola e a mudança: contributos sociológicos*. Lisboa: Escolar Editora (p. 61-90).
- Thurler, M. G. (1994b) - Levar os professores a uma construção activa da mudança: para uma nova concepção da gestão e da inovação. In Thurler, M. G.; Perrenoud, Ph. - *A escola e a mudança: contributos sociológicos*. Lisboa: Escolar Editora (p. 33-60).
- Trigo-Santos, F. (1996) - *Atitudes e crenças dos professores do ensino secundário: satisfação, descontentamento e desgaste profissional*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Trindade, V. (1996) – *Estudo da atitude científica dos professores: do que se pensa ao que se faz*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Van Velze, M. L. (1991) - *A relação teoria-prática na formação em enfermagem*. Dissertação no âmbito do 3º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, apresentada à Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca - Coimbra.
- Vieira, F. (1993) - *Supervisão: uma prática reflexiva de formação de professores*. Rio Tinto, Edições ASA.

- Vieira, F. (1995) - Pedagogia para a autonomia: implicações discursivas e análise da interacção. In Alarcão, I. et al - *Supervisão de professores e inovação educacional*. Aveiro: CIDINE (p.53-68).
- Watson, J.; Bevis, O. (1990) - Nursing education: coming of age for a new age. In Chaska, N.L. - *The nursing profession: turning points*. St. Louis: The C.V. Mosley Company (p. 100-101).
- Zeichner, K.M. (1993) - *A formação reflexiva de professores: ideias e práticas*. Lisboa: Educa.

ANEXOS

ANEXO I

Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

1 - TEMAS

- 1 - Satisfação/insatisfação quanto ao ensino teórico ministrado.
- 2 - Conhecimento adquirido e perspectivas sobre o ensino clínico, a ministrar.
- 3 - Métodos de ensino e aprendizagem em ensino clínico.

2 - OBJECTIVOS GERAIS

- 1 - Obter dados sobre a satisfação/insatisfação dos estudantes, quanto ao desenvolvimento teórico do primeiro semestre do 2º Ano.
- 2 - Conhecer a opinião dos estudantes sobre a problemática do ensino clínico.
- 3 - Saber a quem imputam os entrevistados a responsabilidade pela própria aprendizagem em ensino clínico.

O guião orientador da entrevista exploratória é composto por quatro blocos. O primeiro refere-se à legitimação da própria entrevista, os dois seguintes procuram dar a conhecer o perfil dos estudantes à entrada do ensino clínico, suas preocupações e perspectivas. O último bloco funciona como espaço aberto à emissão das preocupações ou opiniões sentidas pelos formandos.

3 - OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E QUESTÕES COLOCADAS

Designação dos Blocos	Objectivos	Questões	Observações
BLOCO A Legitimação da entrevista	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Legitimar a entrevista. 2 - Estimular à colaboração. 3 - Pedir a ajuda para eventuais estudos futuros. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Informar o entrevistado sobre o projecto de investigação. 2 - Solicitar a colaboração do entrevistado para a consecução do trabalho. 3 - Garantir a confidencialidade das informações. 	
BLOCO B Satisfação/insatisfação quanto ao ensino teórico	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Conhecer a opinião do entrevistado relativamente ao processo de ensino-aprendizagem. 2 - Identificar a segurança e ou insegurança teórica do entrevistado, face ao ensino clínico. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Em sua opinião, como decorreu o processo de ensino-aprendizagem nesta fase teórica? 2 - Concerteza que houve disciplinas de que gostou mais do que outras. Quer referi-las? 3 - Como se sente teoricamente, para iniciar o ensino clínico? 	Levar o entrevistado a não expressar juízos de valor.
BLOCO C Conceito e perspectivas sobre o ensino clínico	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Conhecer a opinião do entrevistado sobre a representação do conceito de ensino clínico. 2 - Levar o entrevistado a referir a utilidade do ensino clínico e a explicitar as suas perspectivas. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - O que é para si o ensino clínico? 2 - Qual a utilidade do ensino clínico neste momento? 3 - A quem atribui a responsabilidade da sua aprendizagem em ensino clínico? 4 - Durante o ensino clínico pensa desenvolver a aprendizagem em cooperação ou individualmente? 5 - Presentemente quais são as suas perspectivas para o decorrer do ensino clínico? 	Não permitir que o entrevistado se refira aos momentos vivenciados no primeiro ano.
BLOCO D Assunto pertinente não focado na entrevista	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Permitir que o entrevistado possa acrescentar à entrevista algum aspecto que o preocupa. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 - Além das questões colocadas pretende referir alguma preocupação ou opinião no contexto da sua formação? 	Permitir que o entrevistado emita alguma opinião ou sugestão.

ANEXO II

Tratamento Qualitativo dos Dados Obtidos nas Entrevistas Exploratórias

**CATEGORIAS E INDICADORES RESULTANTES DO TRATAMENTO FEITO
ATRAVÉS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO ÀS ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS**

<i>Temas</i>	<i>Questões</i>	<i>Categorias</i>	<i>Indicadores</i>	<i>N</i>
BLOCO B Satisfação/insatisfação quanto ao ensino teórico	1 - Em sua opinião, como decorreu o processo de ensino-aprendizagem nesta fase teórica?	Satisfação parcial.	- Correu bem, mas não deu para aprofundar conhecimentos.	7
			- Com alguma dificuldade pela rapidez com que os temas foram abordados.	5
		Momento de rotura.	- Para o fim entrei em desequilíbrio e com sentimentos de incapacidade.	1
				13
	2 - Concerteza que houve disciplinas de que gostou mais do que outras. Quer referi-las?	Sentimento de satisfação	- Gostei mais das disciplinas de Enfermagem e Psicologia, por as considerar fundamentais no curso.	4
			- Gostei de Enfermagem e Patologia por serem as bases do curso.	4
			- As disciplinas de que gostei mais foram Enfermagem, Patologia e Nutrição, pelo interesse dos temas.	1
			- Não gostei da disciplina de Administração, por considerar os conteúdos desajustados ao momento.	9
			- Não gostei de Informática, não gosto mesmo.	1
		19		
3 - Como se sente teoricamente, para iniciar o ensino clínico?	Segurança para o desempenho.	- Penso ter a preparação mínima para um desempenho mínimo.	5	
		- Globalmente sinto-me capaz, mas as aulas práticas foram poucas.	4	
	Insegurança para o desempenho.	- Acho que temos má preparação teórica para o que vai ser exigido.	1	
			10	
BLOCO C Conceito e perspectivas sobre o ensino clínico	1 - O que é para si o ensino clínico?	Visão técnica.	- Aplicação prática da teoria.	5
			- Momento de eleição para aprofundar o que se aprendeu em laboratório.	3
		Visão holística.	- Desenvolvimento de capacidades humanas, sociais e técnicas.	3
			- Momento de enorme responsabilidade ao cuidar os doentes.	2
				13
	2 - Qual a utilidade do ensino clínico neste momento?	Valorização do momento pedagógico.	- É necessário para se fazer o relacionamento teórico-prático.	4
			- É importante para nos dar a conhecer a realidade.	4
			- Tão útil como a parte teórica.	3
				12

Temas	Questões	Categorias	Indicadores	N
	3 - A quem atribui a responsabilidade da sua aprendizagem em ensino clínico?	Responsabilização pela própria formação. Participação passiva na formação.	– Principalmente a mim e ao professor. – Ao professor. – Aos enfermeiros do serviço.	8 1 1 10
	4 - Durante o ensino clínico pensa desenvolver a aprendizagem em cooperação ou individualmente?	Formação cooperativa.	– Sempre que possível em cooperação. – Das duas formas.	8 2 10
	5 - Presentemente quais são as suas perspectivas para o decorrer do ensino clínico?	Participação activa na formação.	– Gostaria que houvesse boas relações entre todos. – Que todos nos sintamos bem. – Vai exigir muito trabalho e responsabilidade. – Gostaria de concretizar os meus objectivos.	6 3 3 3 15
BLOCO D Assunto pertinente não focado na entrevista	1 - Além das questões colocadas pretende referir alguma preocupação ou opinião no contexto da sua formação?	Sentimento de insegurança. Supervisão mais flexível.	– Mais aulas práticas para nos sentirmos mais seguros. – Uma supervisão menos stressante.	7 3 10

ANEXO III

Questionário-A

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA E EDUCAÇÃO

MESTRADO EM EDUCAÇÃO - ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR

QUESTIONÁRIO - A

COIMBRA, Março de 1998

INTRODUÇÃO

Estando a desenvolver um estudo na área da pedagogia reflexiva, que faz parte integrante da nossa dissertação, com vista à conclusão do Curso de Mestrado em Educação - Administração Escolar, introduzimos um modelo de intervenção educativa, durante o ensino clínico, que trabalhámos com três grupos de estudantes.

Neste momento, é nosso objectivo conhecer a opinião dos respectivos estudantes, quanto ao modelo utilizado.

O questionário apresenta duas partes distintas. A primeira, procura caracterizar os estudantes quanto ao sexo e idade. A segunda parte, através de cinco questões abertas, e um espaço para sugestões, pretende colher elementos que concretizem o nosso objectivo.

Pelas características do estudo é importante que responda a todas as questões formuladas.

As suas respostas são estritamente confidenciais.

Oportunamente, caso esteja interessado/a, poderá ser informado/a dos resultados do estudo.

Fico-lhe muito grato pela sua colaboração.

Carlos Manuel dos Santos Ferreira

PARTE I

1 - Sexo: Masculino
Feminino

2 - Idade ____ anos

PARTE II

OPINIÃO DOS ESTUDANTES

1 - O modelo que vivenciou durante o ensino clínico, ajudou-o no seu processo formativo?
Justifique.

2 - Em que medida a reflexão, no papel de executante e no papel de observador favoreceu a sua formação?

3 - Mesmo na ausência do docente, ou noutro campo de estágio, deu continuidade a esse método? Porquê?

4 - Quando o docente lhe permitiu seleccionar o doente a quem prestou cuidados, sentiu que estava a participar activamente na sua formação? Que importância teve isso para si?

5 - Na sua opinião, este tipo de reflexão responsabiliza-o mais, ou menos, pelo seu sucesso? Porquê?



ANEXO IV

Tratamento Qualitativo dos Dados Obtidos no Questionário-A

**OPINIÃO DADA PELOS ESTUDANTES ÀS QUESTÕES
COLOCADAS NO QUESTIONÁRIO - A**

Temas	Categorias	Indicadores	Frequências
1 - O modelo que vivenciou durante o ensino clínico, ajudou-o no seu processo formativo? Justifique.	Aprendizagem a partir do erro.	<ul style="list-style-type: none"> - A reflexão após a execução permite clarificar os erros. - Com a prática reflexiva detectam-se os erros cometidos durante a acção. - Com este método previne-se a repetição dos mesmos erros. - Nesta situação o erro é encarado como um meio de aprendizagem. 	15 7 5 5
	Interiorização de conhecimentos.	<ul style="list-style-type: none"> - A reflexão leva à compreensão da lógica dos procedimentos. - Desta forma somos obrigados a recordar as várias etapas da técnica. - Com este método interiorizamos conhecimentos e procedimentos. - A reflexão partilhada após a execução dá mais segurança. 	8 5 4 4
	Aprendizagem e desempenho de qualidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Com este método, há uma aprendizagem e execução de maior qualidade. - Esta prática possibilita cuidados de maior qualidade técnica e relacional. 	4 2
	Apuramento do espírito crítico.	<ul style="list-style-type: none"> - Este modelo faz desenvolver o espírito crítico. 	4
	2 - Em que medida a reflexão, no papel de executante e no papel de observador favoreceu a sua formação?	Aprendizagem psicomotora.	<ul style="list-style-type: none"> - Como executante registei na memória os erros cometidos. - A execução obriga a uma atenção redobrada. - Aprendi mais como executante. - Como executante senti a pressão de ter de fazer bem.
Aprendizagem pela observação.		<ul style="list-style-type: none"> - Como observador desenvolvi a técnica da observação e o espírito crítico. - Durante a observação procurei ver a diferença existente entre mim e o meu colega a executar. 	6 1
Aprendizagem psicomotora e visual.		<ul style="list-style-type: none"> - Os dois papéis são importantes para a nossa formação. 	8
Transferência de conhecimentos.		<ul style="list-style-type: none"> - Como observador relembrei os passos da técnica. - A execução ajudou-me a transferir os conhecimentos teóricos para a prática. 	9 2

<i>Temas</i>	<i>Categorias</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Frequências</i>
3 - Mesmo na ausência do docente, ou noutra campo de estágio, deu continuidade a esse método? Porquê?	Reconhecimento da utilidade do método.	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - Pela sua utilidade, continuei sempre que trabalhei com um colega. - Sempre que possível, para aprender e ensinar. 	16 13 5
	Impossibilidade de aplicar o método.	<ul style="list-style-type: none"> - Não. - Neste segundo campo de estágio, cada estudante trabalhou com o enfermeiro da unidade. 	8 7
	Indiferença perante o método.	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar das vantagens do método, ainda não me identifiquei com ele. 	3
	Não reconhecimento do método.	<ul style="list-style-type: none"> - Na ausência do docente houve esquecimento. - É uma metodologia que não está difundida. 	1 1
4 - Quando o docente lhe permitiu seleccionar as experiências de aprendizagem, sentiu que estava a participar activamente na sua formação? Que importância teve isso para si?	Participação activa na formação.	<ul style="list-style-type: none"> - Sim. - Desenvolveu a nossa aprendizagem porque permitiu maior diversidade de experiências. - Senti-me mais autónomo na minha formação. - Senti-me mais motivado a participar activamente. - Permitiu que eu desenvolvesse maior empatia com os utentes. - Possibilitou-nos investir mais nas nossas dificuldades. 	24 15 8 6 5 3
	Participação passiva na formação.	<ul style="list-style-type: none"> - Foi importante, mas prefiro que seja o docente a seleccionar o doente. - Para mim é indiferente ser o docente ou eu a seleccionar o doente. 	2 1
5 - Na sua opinião, esta metodologia responsabiliza-o mais, ou menos, pelo seu sucesso? Porquê?	Corresponsabilização no sucesso.	<ul style="list-style-type: none"> - Responsabiliza-nos mais pelo sucesso da nossa formação. 	24
		<ul style="list-style-type: none"> - Porque previne a repetição dos mesmos erros. 	18
		<ul style="list-style-type: none"> - Porque assim, somos mais chamados a reflectir. 	6
		<ul style="list-style-type: none"> - Porque nos ajuda a identificar facilmente os nossos problemas. 	6
		<ul style="list-style-type: none"> - Porque nos obriga a uma maior organização. 	6
		<ul style="list-style-type: none"> - Ajuda ao nosso amadurecimento. - Obriga-nos a aprofundar os nossos conhecimentos. 	6 6
6 - Aproveite este espaço para fazer alguma observação ou sugestão pertinente.	Necessidade de implementação do método em todo o ensino clínico.	<ul style="list-style-type: none"> - Se este método fosse seguido durante todo o ensino clínico, logo no primeiro ano, aprenderíamos mais. - Foi pena esta metodologia ser utilizada só num campo de estágio. 	14 5
	Necessidade da difusão do método.	<ul style="list-style-type: none"> - O método reflexivo também deveria ser utilizado na fase teórica. - Com este método de trabalho desenvolvemos capacidades para o uso quotidiano. 	5 3

<i>Temas</i>	<i>Categorias</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Frequências</i>
	Supervisão.	<ul style="list-style-type: none">- O modelo seguido aproximou-nos mais do docente.- Este método, como exige maior acompanhamento do docente, pode prejudicar-nos na classificação.	8 2

ANEXO V

Questionário-B

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

DEPARTAMENTO DE PEDAGOGIA E EDUCAÇÃO

MESTRADO EM EDUCAÇÃO - ADMINISTRAÇÃO ESCOLAR

QUESTIONÁRIO - B

COIMBRA, Julho de 1998

Como Professor Adjunto de uma Escola Superior de Enfermagem, e mestrando em Educação - Administração Escolar, encontro-me a realizar a dissertação conclusiva do referido Curso de Mestrado, desenvolvendo um estudo que pretende identificar *o nível de satisfação dos estudantes de enfermagem, face ao modelo utilizado durante o ensino clínico.*

Assim, o presente questionário dirige-se aos estudantes que se encontram a frequentar o 2º Ano do Curso Superior de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, neste momento em Ensino Clínico e concretamente a realizar o Estágio V.

Pelo exposto, a sua colaboração no preenchimento deste questionário reveste-se da maior importância.

Responda individualmente e sem interrupções.

Não deixe respostas em branco;

Procure não dar respostas dúbias.

Para responder ao questionário, coloque um círculo (O) no algarismo que melhor traduza a sua opinião.

Todas as respostas serão confidenciais, podendo os participantes interessados obter informação sobre os resultados do estudo.

Grato pela sua disponibilidade e atenção.

Carlos Manuel dos Santos Ferreira

PARTE I
ELEMENTOS DEMOGRÁFICOS

1 - Sexo: Masculino
Feminino

2 - Idade _____ anos

PARTE II

Para responder às restantes perguntas do questionário, deve colocar um círculo (O) no algarismo que considera ajustar-se mais à sua experiência, como pode ver através do exemplo que a seguir se apresenta.

1 - Discordo totalmente

5 - Concordo parcialmente

2 - Discordo

6 - Concordo

3 - Discordo parcialmente

7 - Concordo totalmente

4 - Não concordo nem discordo

Durante o estágio, os enfermeiros colaboraram espontaneamente na minha formação.

1 2 3 4 5 6 ⑦

Considero que a supervisão realizada ao longo do estágio só serviu para me avaliar.

① 2 3 4 5 6 7

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

3 - Durante o estágio, informei e esclareci os utentes antes de iniciar qualquer actividade.

1 2 3 4 5 6 7

4 - Foi difícil implicar os utentes numa participação activa do seu tratamento.

1 2 3 4 5 6 7

5 - Preparei a alta dos utentes, fazendo-lhes ensino individualizado, desde os primeiros dias de internamento.

1 2 3 4 5 6 7

6 - Com o decorrer do estágio, fui-me sentindo mais capaz de respeitar a privacidade do utente.

1 2 3 4 5 6 7

7 - Durante o estágio, consegui focalizar a minha atenção na pessoa doente e não na doença da pessoa.

1 2 3 4 5 6 7

8 - Com o decorrer do estágio, senti cada vez mais capacidade de me relacionar com os utentes.

1 2 3 4 5 6 7

9 - As questões que os utentes me colocavam foram diminuindo com o decorrer do estágio.

1 2 3 4 5 6 7

10 - Verifiquei que os utentes, sem os questionar, me foram confiando alguns aspectos da sua vida pessoal.

1 2 3 4 5 6 7

11 - Os utentes aquando da sua alta, "agradeciam-me" pelos cuidados prestados durante o internamento.

1 2 3 4 5 6 7

AUTONOMIA FACE À FORMAÇÃO

12 - Durante o estágio, e de acordo com os objectivos propostos pela escola, foi-me dada a possibilidade de elaborar os meus objectivos pessoais.

1 2 3 4 5 6 7

13 - No estágio, houve possibilidade de eu seleccionar as experiências que considereei mais relevantes para a concretização dos meus objectivos.

1 2 3 4 5 6 7

14 - Dentro do grupo de estágio, foi-me permitido convidar o colega com quem trabalhei.

1 2 3 4 5 6 7

15 - Durante o estágio, consegui gerir o meu ritmo de formação, de acordo com os objectivos

1 2 3 4 5 6 7

16 - Com o decorrer do estágio, fui tomando consciência do valor da minha autonomia face à formação.

1 2 3 4 5 6 7

17 - No estágio, fui capaz de identificar obstáculos que interferem na autonomia das práticas de enfermagem.

1 2 3 4 5 6 7

18 - Considero que me foi dada autonomia para mudar o meu comportamento face à aprendizagem.

1 2 3 4 5 6 7

19 - Senti que a aprendizagem em autonomia me reforçou a auto-estima.

1 2 3 4 5 6 7

20 - Considero que a autonomia dada durante o estágio, contribuiu para o desenvolvimento da minha autonomia pessoal.

1 2 3 4 5 6 7

RESPONSABILIZAÇÃO FACE À FORMAÇÃO

21 - Considero que como estudante tenho o direito e o dever de participar activamente na minha formação.

1 2 3 4 5 6 7

22 - Durante o estágio, senti-me o agente principal da minha formação.

1 2 3 4 5 6 7

23 - Neste momento de estágio, aceitei assumir grande parte da responsabilidade pela minha aprendizagem.

1 2 3 4 5 6 7

24 - No decurso do estágio, seleccionei os utentes com características clínicas, que me permitissem aplicar e desenvolver os conhecimentos teóricos.

1 2 3 4 5 6 7

25 - Empenhando-me na minha formação foi mais difícil fazer a ligação entre as exigências curriculares e as minhas necessidades pedagógicas.

1 2 3 4 5 6 7

26 - Implicar-me activamente na minha formação desenvolveu-me o prazer pela aprendizagem.

1 2 3 4 5 6 7

27 - Ao responsabilizar-me pela minha aprendizagem consegui atingir os objectivos que me propus alcançar.

1 2 3 4 5 6 7

28 - Ao responsabilizar-me pela minha formação, senti-me obrigado a aprofundar os conhecimentos teóricos.

1 2 3 4 5 6 7

29 - Tomei consciência que ao responsabilizar-me pela minha formação, estava claramente a implicar-me no meu sucesso escolar.

1 2 3 4 5 6 7

SUPERVISÃO EM ESTÁGIO

30 - Durante o estágio, a supervisão foi desenvolvida dentro de um clima aberto e horizontal.

1 2 3 4 5 6 7

31 - O modo como foi realizada a supervisão, provocou-me muito *stress* durante o estágio.

1 2 3 4 5 6 7

32 - No decorrer do estágio, vi o professor como uma pessoa mais experiente a quem eu podia abertamente pedir ajuda.

1 2 3 4 5 6 7

33 - O desenvolvimento da supervisão permitiu-me estabelecer a relação entre a teoria e a prática.

1 2 3 4 5 6 7

34 - A orientação que recebi do professor durante o estágio, foi adequada às minhas necessidades.

1 2 3 4 5 6 7

35 - Constatei que o professor desenvolveu esforços a fim de eu me empenhar na formação.

1 2 3 4 5 6 7

36 - Durante o estágio, o professor proporcionou-me espaço para reflectir sobre as práticas desenvolvidas.

1 2 3 4 5 6 7

37 - O professor levou-me a reflectir sobre o meu nível de conhecimentos.

1 2 3 4 5 6 7

38 - Durante o estágio, o professor não me impôs o seu saber fazer.

1 2 3 4 5 6 7

39 - O espaço que se segue permite-lhe clarificar alguma(s) resposta(s), ou apresentar observações/sugestões que considere pertinentes.

MUITO OBRIGADO

ANEXO VI

Tratamento Qualitativo dos Dados Obtidos no Questionário-B

CATEGORIAS E INDICADORES RESULTANTES DA OPINIÃO DOS ESTUDANTES DOS DOIS GRUPOS – “O ESPAÇO QUE SE SEGUE PERMITE-LHE CLARIFICAR ALGUMA(S) RESPOSTA(S) OU FAZER OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES QUE CONSIDERE PERTINENTE

GRUPO	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIA DE INDICADORES		TOTAL DE INDICADORES POR CATEGORIA
			N	%	
Grupo de estudo	Responsabilização pela própria formação	<ul style="list-style-type: none"> - Este modelo de formação veio questionar-me sobre a minha responsabilização na aprendizagem. - Este método responsabiliza-nos pelo nosso sucesso. - O método seguido leva-nos a ser mais responsáveis. - Acho positivo sermos nós a procurar as experiências mais significativas. - O método seguido permite ao estudante uma participação activa na sua formação. - Leva os estudantes a responsabilizarem-se pela aprendizagem. 	3	12.00	14
	Formação reflexiva	<ul style="list-style-type: none"> - Esta experiência foi muito enriquecedora pedagogicamente, devido à reflexão. - Fui obrigado a reflectir sobre os meus conhecimentos teóricos. - A minha evolução foi mais acentuada devido ao método reflexivo seguido. - Fui mais exigente comigo próprio devido ao método reflexivo. 	5	20.00	
			3	12.00	
			2	8.00	
			2	8.00	
			1	4.00	
			3	12.00	
			2	8.00	
			2	8.00	

GRUPO	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIA DE INDICADORES		TOTAL DE INDICADORES POR CATEGORIA
			N	%	
Grupo de estudo	Formação reflexiva	- Este método permite-nos desenvolver a capacidade de reflexão.	1	4.00	13
	Autonomia na formação	- Com este método senti-me mais autónomo.	3	12.00	9
		- Ao reflectirmos sobre a acção desenvolvemos a auto-confiança.	3	12.00	
		- O professor deixou de se impor, dando-nos mais autonomia.	2	8.00	
		- Ao seleccionarmos as nossas experiências dá-nos mais autonomia.	1	4.00	
	Supervisão	- Este tipo de ensino-aprendizagem aproxima-nos mais do professor.	4	16.00	6
		- Com este método desenvolvi a minha capacidade relacional com o professor.	2	8.00	
	Partilha entre os estudantes	- Partilhar com um colega o saber e as dificuldades desenvolve-nos cognitivamente e emocionalmente.	1	4.00	2
		- Este método fez-nos implicar na aprendizagem uns dos outros.	1	4.00	
	Sugestões	- Este modelo deve se extensivo a todos os estudantes.	7	28.00	9
- O método que seguimos devia ser usado por todos os professores.		1	4.00		
- Devíamos fazer mais tardes.		1	4.00		
					53

GRUPO	CATEGORIAS	INDICADORES	FREQUÊNCIA DE INDICADORES		TOTAL DE INDICADORES POR CATEGORIA
			N	%	
Grupo de comparação	Supervisão	- Os professores realizam uma supervisão muito apertada, dificultando a comunicação	3	12.00	5
		- Alguns professores provocam grande stress nos estudantes, levando-os à perda de auto-confiança.	2	8.00	
	Sugestões	- Durante o estágio devíamos fazer mais tardes.	3	12.00	5
		- O mesmo grupo de estágio não se devia manter nos dois semestres.	1	4.00	
		- Seria importante podermos seleccionar o colega com quem trabalhar no estágio.	1	4.00	10