



Universidade Católica Portuguesa

**PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO  
ENFERMEIRO ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO  
SKILLS DEVELOPMENT PROCESS OF CLINICAL TEACHING  
PRECEPTOR'S**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Doutor em Enfermagem

Por

Guida Maria Marques da Silva Amaral

Instituto de Ciências da Saúde

agosto de 2022





Universidade Católica Portuguesa

**PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO  
ENFERMEIRO ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO  
SKILLS DEVELOPMENT PROCESS OF CLINICAL TEACHING  
PRECEPTOR'S**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
Doutor em Enfermagem

Por

Guida Maria Marques da Silva Amaral

Sob orientação da Prof. Doutora Amélia Simões Figueiredo

Instituto de Ciências da Saúde

agosto de 2022



“A educação não é a preparação para a vida, é a própria vida”

John Dewey



## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Amélia Simões Figueiredo, orientadora desta tese de Doutoramento, pela sua disponibilidade incansável, pela orientação, sabedoria e contributos proporcionados, e pelo incentivo e motivação ao longo dos momentos de partilha nestes anos que caminhámos juntas.

À Universidade Católica Portuguesa e a todos os professores que integram o Programa de Doutoramento em Enfermagem, assim como aos colegas doutorandos, pela oportunidade, apoio e incentivo à investigação.

Aos enfermeiros que acederam ao nosso pedido para participarem neste estudo, pela sua disponibilidade em partilhar os seus “recortes biográficos” e pelos contributos que enriqueceram este estudo.

À minha filha Lara, a pessoa mais importante da minha vida, que tantas vezes me perguntou “Mãe, vais outra vez para o computador trabalhar no Doutoramento?”. O seu sorriso, o seu abraço e os seus mimos alegraram-me nos momentos de ausência.

Ao Mário, pelo seu apoio incondicional e por todos os momentos em que, de uma forma ou outra, estive ausente.

Aos meus pais e família, pelo amor, carinho e palavras de estímulo... por tudo o que são e que fizeram por mim, e que me transformou na pessoa que sou hoje.

À Tânia Carmo e à Sónia Sousa, que tantas vezes me ouviram nos momentos de desânimo e que sempre me encorajaram neste percurso.

A todos os amigos e colegas de trabalho, pela amizade, carinho, suporte, incentivo e colaboração.

A todos, o meu reconhecimento e gratidão.

Grata a todos

#gratidão



## Resumo

A questão central da tese apresentada remete para a compreensão do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em contexto hospitalar e inscreve-se no âmbito da Educação em Enfermagem.

De forma a enquadrar o fenómeno em estudo, construímos um quadro de referência para contextualizar a evolução do ensino de enfermagem dirigido para as competências, o ensino clínico enquanto componente prática do Curso de Licenciatura em Enfermagem e o acompanhamento realizado no mesmo. Damos ainda enfoque ao enfermeiro orientador, um dos elementos da tríade no processo de orientação de estudantes, e por fim delimitamos o conceito de competência e o processo de desenvolvimento de competências.

Os objetivos específicos do estudo são: identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências; identificar os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências; e descrever os recursos que são mobilizados no desenvolvimento de competências.

A estratégia geral do estudo enquadra-se no paradigma qualitativo, considerando o fenómeno em estudo, num formato de estudo de caso em harmonia com a teoria fundamentada nos dados. O estudo decorreu em dois contextos de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros com experiências diferentes na orientação de estudantes de enfermagem e em diferentes estádios de desenvolvimento sócio-profissional de Benner. A amostragem teórica foi conduzida pelos conceitos derivados da codificação dos dados e da evolução da teoria, até considerarmos ter atingido a saturação de dados. O tratamento e análise dos dados considerou o referencial de Strauss e Corbin.

Os “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional, que influenciaram o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, foram evidenciados nas dimensões socialização primária e secundária. Na primeira emergiu o contexto familiar e escolar, e na segunda o contexto académico, profissional e social. Estas configurações influenciaram os recursos endógenos desenvolvidos pelo enfermeiro ao longo do seu

trajeto de vida. Foi ainda visível a importância dos recursos exógenos, enquanto suporte, no desenvolvimento de competências.

O modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador integra a mobilização dos recursos endógenos e exógenos num contínuo temporal, identificando ao longo do processo momentos-chave, de rotura, e aspetos facilitadores e inibidores. Emergiram ainda algumas premissas que poderão contribuir para a construção de um perfil pedagógico do enfermeiro orientador.

Palavras-chave: Enfermagem; Competências; Enfermeiro orientador; Ensino Clínico.

## **Abstract**

The central issue of this thesis refers to the understanding of the process of skill development of the nurse who provides clinical teaching preceptorship to students of the Undergraduate Degree in Nursing in hospital settings and is within the scope of Nursing Education.

In order to frame the phenomenon under study, we built a reference framework to contextualize the evolution of skill-oriented nursing education, clinical teaching as a practical component of the Undergraduate Nursing Degree, and the monitoring performed within it. We also focused on the nurse preceptor, one of the triad elements in the process of student preceptorship, and, finally, we delimited the concept of skill and the process of skill development.

The specific objectives of the study are: to identify biographical “clippings” of an educational and professional nature that influence skills development; to identify aspects of the professional context that influence skills development; and to describe the resources that are mobilized in skills development.

The general strategy of the study fits into the qualitative paradigm, considering the phenomenon under study, in a case study format in harmony with the theory based on data. The study took place in two settings of a Hospital Center in Greater Lisbon, and semi-structured interviews were conducted with nurses with different experiences in nursing students preceptorship and at different stages of Benner’s socio-professional development. Theoretical sampling was driven by the concepts derived from data coding and theory development, until we considered data saturation to have been reached. Data treatment and analysis considered Strauss and Corbin’s referential.

The biographical “clippings” of an educational and professional nature, which influenced skill development for the nurse preceptor, were evidenced in the primary and secondary socialization dimensions. In the former, the family and school context emerged, and in the latter, the academic, professional, and social context. These configurations influenced the endogenous resources developed by nurses throughout their life path. The importance of exogenous resources, as support, in skills development was also visible.

The explanatory model of the process of skill development of nurse preceptors integrates the mobilization of endogenous and exogenous resources in a time continuum, identifying key moments, ruptures, and facilitating and inhibiting aspects throughout the process. Some assumptions emerged that may contribute to the construction of a pedagogical profile of the nurse preceptor.

Keywords: Nursing; Skills; Nurse preceptor; Clinical teaching.

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos**

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

ECTS – European Credit Transfer System

et al. - Abreviatura do latim *et alii*, e outros.

n.º – número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – página

pp. – intervalo de páginas

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

Vol. – Volume



# Índice Geral

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I – QUADRO DE REFERÊNCIA</b> .....	25
1. CONSTRUÇÃO DE UM ENSINO DE ENFERMAGEM DIRECIONADO PARA AS COMPETÊNCIAS .....	25
2. O ENSINO CLÍNICO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM .....	47
2.1 – Ensino Clínico .....	48
2.2 – Acompanhamento em Ensino Clínico .....	54
3. O ENFERMEIRO ORIENTADOR DE ENSINO CLÍNICO .....	67
3.1 – O enfermeiro orientador e a aprendizagem em Ensino Clínico .....	78
4. COMPETÊNCIAS .....	91
4.1 – Conceito e Processo .....	92
<b>PARTE II – METODOLOGIA E DESENHO DO ESTUDO</b> .....	117
1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS .....	117
2. ESTRATÉGIA GERAL DO ESTUDO .....	119
2.1 – Amostragem teórica .....	125
2.2 – Instrumento de recolha de dados .....	129
2.3 – Tratamento e análise dos dados .....	134
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	141
<b>PARTE III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	145
1. OS CONTEXTOS .....	147
1.1 – Serviço de Medicina Interna .....	147
1.2 – Serviço de Cirurgia Geral .....	152
2. OS PARTICIPANTES .....	155
3. RECORTES BIOGRÁFICOS DE NATUREZA EDUCACIONAL E PROFISSIONAL .....	177
3.1 – Socialização Primária .....	180
3.1.1 – Contexto familiar .....	184

3.1.2 – Contexto escolar.....	189
3.2 – Socialização Secundária.....	195
3.2.1 – Contexto Acadêmico.....	199
3.2.2 – Contexto Profissional.....	220
3.2.3 – Contexto Social.....	252
4. RECURSOS MOBILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	257
4.1 – Recursos Endógenos.....	258
4.1.1 – Personalidade.....	259
4.1.2 – Competências.....	269
4.1.3 – Experiências Vivenciadas.....	287
4.2 – Recursos Exógenos.....	291
4.2.1 – Equipa de Enfermagem.....	292
4.2.2 – Docente.....	298
5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR: MODELO EXPLICATIVO.....	303
6. CONTRIBUTO PARA UM PERFIL PEDAGÓGICO DO ENFERMEIRO ORIENTADOR .....	319
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>325</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>331</b>
Apêndice 1 – Guião da entrevista (Fase exploratória).....	362
Apêndice 2 – Guião da entrevista (Pré-teste).....	366
Apêndice 3 – Guia da entrevista (Em profundidade).....	370
Apêndice 4 – Informação para os participantes.....	374
Apêndice 5 – Termo de consentimento informado livre e esclarecido.....	375

## **Índice de Figuras**

Figura 1- Ciclo de aprendizagem experiencial.....	80
Figura 2 - Aprendizagem em contexto de ensino clínico.....	81

## **Índice de Diagramas**

Diagrama 1 - Recortes biográficos de natureza educacional: socialização primária .....	182
Diagrama 2 - Socialização Primária: Contexto Familiar.....	184
Diagrama 3 - Socialização Primária: Contexto escolar.....	189
Diagrama 4 - Recortes biográficos de natureza educacional: socialização secundária.....	199
Diagrama 5 - Socialização Secundária: Contexto Académico .....	201
Diagrama 6 - Socialização Secundária: Contexto Profissional .....	221
Diagrama 7 - Socialização Secundária: Contexto Social .....	253
Diagrama 8 - Recursos mobilizados no desenvolvimento de competências.....	257
Diagrama 9 - Recursos Endógenos .....	258
Diagrama 10 - Recursos Exógenos .....	291
Diagrama 11 - Modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico.....	304



## INTRODUÇÃO

A presente tese foi realizada no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, na área de Educação em Enfermagem. A sua temática emergiu do interesse profissional, científico e pessoal na educação em Enfermagem, especificamente na função do enfermeiro orientador de ensino clínico como facilitador da aprendizagem dos estudantes de enfermagem.

Considerando o quadro legal que aponta para a contribuição do enfermeiro orientador de ensino clínico na formação de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a questão central da tese remete para a compreensão do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador do ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em contexto hospitalar.

Desde o início do ensino de enfermagem em Portugal, foram várias as mudanças que permitiram a sua evolução no sentido da autonomia. Destacamos a integração no Sistema Educativo Nacional em 1988 (Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de dezembro), a implementação do Processo de Bolonha e a aprovação do Curso de Licenciatura em Enfermagem em 1999 (Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro). Esta reforma no Ensino Superior obrigou a refletir e a repensar o ensino de enfermagem, nomeadamente no que se refere aos conteúdos das unidades curriculares, aos modelos pedagógicos em uso e à adaptação às necessidades reais de ensino. Bolonha conduziu à reestruturação dos paradigmas de formação com conseqüente mudança nas metodologias e estratégias de ensino, de avaliação, de aprendizagem do estudante e na colaboração interinstitucional (Decreto-Lei n.º 74/2006; Melo, 2012). É realçada a proatividade do estudante enquanto construtor do seu percurso formativo, a aprendizagem ao longo da vida, a promoção do pensamento crítico e reflexivo e o desenvolvimento de competências genéricas e transversais considerando o perfil de competências definido (Melo, 2012; Fernandes et al., 2017).

O ensino clínico, componente prática do Curso de Licenciatura em Enfermagem, apresenta-se como fundamental para o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem. Em ensino clínico, o estudante é acompanhado pelo docente do estabelecimento de ensino e por um enfermeiro orientador do contexto da prática clínica

(Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro). As responsabilidades desta tríade (docente, enfermeiro orientador e estudante) no processo de ensino-aprendizagem do estudante estão patentes na literatura, sendo evidente a responsabilidade do enfermeiro orientador e do docente na promoção de oportunidades de aprendizagem no contexto, pela experiência, assim como na reflexão, na e sobre a ação. O modelo de acompanhamento de estudantes em uso na maioria dos ensinamentos clínicos do CLE em Portugal é o *Mentorship*. Este modelo valoriza a relação estabelecida entre o enfermeiro orientador e o estudante durante o ensino clínico como facilitador da aprendizagem (Abreu, 2003b, 2007; Mills et al., 2005; Borges, 2010; OE, 2010; Ramos & Nunes, 2017).

O enfermeiro orientador, para além de ser um elemento facilitador da aprendizagem, deve promover o desenvolvimento profissional e pessoal do estudante, mobilizando competências comunicacionais, relacionais, científicas, técnicas e pedagógicas (Rua, 2009; Martins, 2009; Girija, 2012; Fonseca et al., 2016; Pires et al. 2020; Borrallo-Riego et al., 2021; Amaral & Figueredo, 2021b). É valorizada ainda a sua experiência profissional e a sua capacidade para proporcionar experiências de aprendizagem, para estimular uma prática reflexiva e para suportar a tomada de decisão (Haggman-Laitila et al., 2007; Oliveira, 2012; Cruz et al., 2012; Martínez-Linares et al., 2019). O desempenho do enfermeiro enquanto orientador pressupõe a adoção de uma atribuição social com características próprias, assumindo uma nova função e responsabilidade (Serra, 2006).

O conceito de competência tem sido utilizado nos mais diversos domínios disciplinares, transportando diversidade na sua definição. Baseados nas definições de Perrenoud (1999), Cruz (2001), Roldão (2003) e Le Boterf (2003), consideramos a competência como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação. Implica saber selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, predisposições, procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos, habilidades, considerando as aprendizagens pessoais (biografia e socialização), a formação educacional (saberes, valores e atitudes) e a experiência profissional. A competência emerge na capacidade de usar os recursos de forma apropriada numa ação que está inserida num contexto profissional e que, por si só, é um campo de possibilidades para o desenvolvimento de competências. A experiência e a reflexão assumem o núcleo do

desenvolvimento de competências que ocorre nos contextos de trabalho (Benner, 2001; Rua, 2009; Espada, 2013). O contexto de prática clínica é produtor de competências e construtor de identidades pessoais e profissionais, pelo potencial formativo subjacente que emerge das relações, da organização e dos percursos pessoais e profissionais da equipa multidisciplinar (Le Boterf, 2003; Bártolo, 2007; Canário, 2008; Mestrinho, 2011; Fernandes et al., 2012; Correia & Santiago, 2012). A partilha de experiências e de conhecimento com a equipa multidisciplinar permite a reflexão na e sobre a ação, e consequentemente o desenvolvimento de competências (D'Espiney, 1999; Tabari-Khomeiran et al., 2007; Rabiais, 2016).

Uma revisão integrativa da literatura (particularmente centrada em quatro artigos científicos selecionados), por nós realizada, revelou uma falta de evidência atual disponível sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores de estudantes em ensino clínico.

Atendendo à questão de investigação, definimos como objetivo geral para o estudo: compreender o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador do ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em contexto hospitalar. Assumimos ainda três objetivos específicos, a saber:

- Identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Identificar os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Descrever os recursos que são mobilizados no desenvolvimento de competências.

Considerando a questão de investigação, os objetivos definidos, o fenómeno em estudo, e a investigação limitada nesta área e nesta perspetiva, optámos pela utilização de uma metodologia de cariz qualitativo, num formato de estudo de caso em harmonia com a teoria fundamentada nos dados (Halaweh et al., 2008), partindo da descrição de um contexto específico na possibilidade de, em profundidade, investigar o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador. Procurámos compreender as experiências vividas pelos enfermeiros, extraindo o seu significado, na perspetiva de teorizar a partir dos dados recolhidos, num processo de análise e comparação constante (Strauss & Corbin, 2014).

O estudo decorreu em dois contextos de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros com experiências diferentes na orientação de estudantes de enfermagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem e em diferentes estádios de desenvolvimento sócio-profissional de Benner (2001). A amostragem teórica considerou os três tipos de codificação (aberta, axial e seletiva) e foi dirigida pelos conceitos derivados do processo de codificação dos dados e da evolução da teoria, até considerarmos que tínhamos atingido a saturação de dados (Strauss & Corbin, 2014). A codificação dos dados principiou imediatamente após a primeira entrevista, tendo sido construídos e reconstruídos memorandos e diagramas, ao longo do estudo, que nos permitiram a redação e a construção da teoria (Strauss & Corbin, 2014). Este estudo considerou o cumprimento dos princípios éticos em investigação, a proteção dos direitos fundamentais dos participantes e a integridade da investigação científica (Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação, 2018).

Estruturalmente, esta tese está organizada em três partes. Na parte I - Quadro de Referência, procura-se contextualizar, pela revisão de literatura de referência, os quatro capítulos que a integram. No capítulo 1 abordamos a evolução do ensino de enfermagem considerando a mudança de paradigma que emergiu com o Processo de Bolonha. No capítulo 2 contextualizamos o ensino clínico enquanto componente prática do Curso de Licenciatura em Enfermagem, especificando os possíveis modelos de acompanhamento. No capítulo 3 apresentamos as responsabilidades, competências e características do enfermeiro orientador de ensino clínico e procuramos realçar a sua importância no processo de ensino-aprendizagem do estudante. No capítulo 4 focamos o conceito de competência e os aspetos inerentes ao processo de desenvolvimento de competências, especificado na disciplina de Enfermagem.

Na parte II - Metodologia e desenho do estudo, apresentamos a questão de investigação, os objetivos e a estratégia geral do estudo, descrevendo e fundamentando cada uma das etapas. Na estratégia geral do estudo especificamos os procedimentos relacionados com a amostragem teórica, com o instrumento de recolha de dados e com o tratamento e análise dos dados, considerando a metodologia em uso. Abordamos ainda as considerações éticas que considerámos ao longo de todo o estudo.

Na parte III - Desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, apresentamos no capítulo 1 os contextos onde foi realizado o estudo e no capítulo 2

caraterizamos os participantes do estudo. No capítulo 3 descrevemos os recortes biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador e no capítulo 4 os recursos que o enfermeiro orientador mobiliza no seu processo de desenvolvimento de competências. No capítulo 5 desvendamos o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, explicitando o modelo explicativo construído. Por fim, no capítulo 6 sugerimos alguns aspetos que emergiram do estudo e que poderão contribuir para a construção de um perfil pedagógico do enfermeiro orientador.

Terminamos tecendo algumas considerações finais, sintetizando a discussão dos resultados do estudo, identificando as limitações do estudo e apontando o contributo do mesmo para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

Este trabalho encontra-se redigido segundo o novo acordo ortografico aceite em Portugal e a norma de referenciação American Psychological Association 7 Edition (APA 7<sup>th</sup>).



## **PARTE I – QUADRO DE REFERÊNCIA**

Nesta primeira parte pretendemos compreender a problemática em estudo, apresentando o contributo da revisão de literatura e dos autores de referência.

No primeiro capítulo abordamos a evolução do ensino de Enfermagem, na perspetiva do seu desenvolvimento para um ensino direcionado para as competências.

De seguida, contextualizamos o ensino clínico no CLE, refletindo sobre os modelos de acompanhamento do estudante em ensino clínico.

No terceiro capítulo apresentamos as considerações particulares referentes ao nosso foco de estudo, o enfermeiro orientador, enquanto um dos intervenientes na aprendizagem do estudante em ensino clínico, focando a sua importância neste processo.

Por último, explanamos sobre o conceito de competência, o seu processo e a especificidade do desenvolvimento de competências na disciplina de Enfermagem.

### **1. CONSTRUÇÃO DE UM ENSINO DE ENFERMAGEM DIRECIONADO PARA AS COMPETÊNCIAS**

O ensino de Enfermagem em Portugal tem sofrido profundas e sucessivas modificações desde os finais do século XIX até aos dias de hoje, em que integra o Sistema Educativo Nacional. Estas modificações ocorreram pela necessidade de formação dos enfermeiros, pelas mudanças nas políticas nacionais, de saúde e de assistência social, pela implementação do Serviço Nacional de Saúde, pela influência de políticas internacionais e pelo enquadramento legal do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) (Nogueira, 1990; Soares, 1997; Abreu, 2003a; Amendoeira, 2006; Vieira, 2009; Figueiredo & Afonso, 2010; Figueiredo, 2014).

Pretendemos neste capítulo apresentar, de uma forma não exaustiva, esta evolução, realçando as principais mudanças ocorridas nos planos de estudos e organização dos cursos de Enfermagem, até ao que atualmente chamamos um ensino baseado em competências.

Desde a Idade Média até ao século XX, a Enfermagem caracterizava-se por valores como a submissão e a obediência, quer ao médico quer à instituição, estando apenas reconhecidos valores de índole prática e moral, sendo por isso denominada de Era Vocacional dos Enfermeiros (Fernandes et al., 2018).

A criação de escolas para a preparação de enfermeiras na assistência hospitalar e no domicílio teve início com o aparecimento de Enfermagem Moderna atribuído a Florence Nightingale em 1860. O movimento por ela iniciado desenvolveu-se inicialmente em Inglaterra tendo sido expandido aos Estados Unidos da América e Canadá (Soares, 1997; Nunes, 2003).

No início do século XX emerge a Era Profissional dos Enfermeiros, que foi retratada pela passagem do ensino de Enfermagem para as escolas de Enfermagem, ainda que com um ensino dominado pelo modelo biomédico ou tecnicista, mas já evidenciando indícios no sentido da autonomização da profissão (Fernandes et al., 2018).

Em Portugal, até à década de 1940, as escolas funcionavam na dependência das administrações hospitalares, sendo a formação dos enfermeiros realizada nos hospitais, sob a tutela dos médicos, e os cursos organizados de acordo com as necessidades dos mesmos (Soares, 1997; Amendoeira, 2006; Fernandes, 2007; Figueiredo & Afonso, 2010; Figueiredo, 2014).

A necessidade de formação dos enfermeiros, conduziu a que o Comissário da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus solicitasse a Pina Manique, a assistência de aulas de anatomia e fisiologia, no curso de medicina. Também Soares (1997) evidenciou esta necessidade, reconhecendo que uma formação estruturada era importante para a obtenção de melhores resultados no tratamento do doente, para além de ser uma necessidade para o funcionamento dos hospitais.

O ensino de Enfermagem em Portugal iniciou-se nos últimos anos do século XIX, pela iniciativa de algumas administrações dos hospitais, com fortes ligações às faculdades de medicina e escolas médico-cirúrgicas. A primeira escola não oficial do ensino de Enfermagem em Portugal surge em 1881, tendo sido criada por Costa Simões, administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Posteriormente, foi criado um curso de enfermeiros no Hospital Real de São José (1886), um curso profissional de enfermeiros e um curso administrativo no Hospital Geral de Santo António, pertencente à Santa Casa da Misericórdia do Porto (1897), a Escola Profissional de Enfermeiros no

Hospital Real de S.José e anexos (1901), uma escola na dependência do Hospital de São Marcos da Santa Casa da Misericórdia de Braga (1912), uma Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa (1918) e uma Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra (1919) (Nogueira, 1990; Soares, 1997; Nunes, 2003; Escobar, 2004).

A partir de 1930, ocorre a recuperação e desenvolvimento das ordens religiosas já existentes e a instalação de outras até aí sem expressão em Portugal, começando estas a organizar cursos de Enfermagem e evidenciando-se um período de Enfermagem religiosa. Uma das primeiras congregações a realizar cursos de Enfermagem foi a das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras (1935), seguida do Instituto dos Irmãos Hospitaleiros de S. João de Deus (1936), da congregação Irmãs da Caridade de S. Vicente de Paulo, que fundaram a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo (1939), e da Congregação de S. José de Cluny, que abriu o seu curso de Enfermagem em 1940 (Nogueira, 1990; Soares, 1997; Nunes, 2003). Sendo escolas de natureza privada, procuraram o reconhecimento do Ministério da Educação Nacional no âmbito do Estatuto do Ensino Particular (Soares, 1997).

Até esta altura, o ensino de Enfermagem em Portugal ocorria principalmente na dependência das administrações hospitalares e sem autonomia, apesar da existência dos estatutos das escolas. Existiam diferenças nos cursos relativamente ao número de anos (um a três anos) e objetivos (cursos gerais e de auxiliares de Enfermagem), tendo-se notado preocupação crescente com as normas de funcionamento dos cursos, as normas de conduta dos estudantes e a introdução de conteúdos de cariz mais humano (saúde mental, psicologia e sociologia). Os programas de ensino inicialmente baseados nas necessidades e nos interesses dos hospitais, para preparar o seu pessoal, começaram a apresentar conteúdos programáticos comuns, nomeadamente noções de anatomia, fisiologia, farmácia, e fundamentos para a componente técnica e prática (cuidados às puérperas e recém-nascidos, cuidados de higiene e no vestir e despir, realização de pensos e de ligaduras). A finalidade dos cursos era preparar o pessoal para executar tarefas que excediam os cuidados de higiene, como cumprir prescrições médicas, atuar em situações de urgência, e observar e transmitir informações sobre o doente. O ensino teórico era orientado e avaliado por médicos, ficando as enfermeiras (auxiliares de ensino), que não possuíam qualquer tipo de formação pedagógica, responsáveis pelo

ensino dos procedimentos técnicos (Fernandes, 2007). O ensino prático decorria segundo o modo de trabalhos dos serviços e era acompanhado por enfermeiros dos serviços que possuíam escassos conhecimentos e formação para essa função, e que manifestavam reduzida disponibilidade e interesse na aprendizagem dos estudantes. A aprendizagem ocorria então por imitação e repetição das práticas, sem articulação com os conteúdos teóricos (Ferreira, 1990; Nogueira, 1990; Soares, 1997; Escobar, 2004; Fernandes, 2007).

A criação da Escola Técnica de Enfermeiras (mais tarde denominada Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil), em 1940, inaugura um novo modelo na formação dos enfermeiros, influenciado pelo sistema americano, completamente diferente do existente em Portugal até então, seguindo o caminho das Escolas de Enfermeiras Europeias e dando início a uma mudança na formação dos enfermeiros. O seu programa curricular exigia uma habilitação escolar mínima (atual 3.º ciclo do ensino básico), possuiu três anos letivos e apresentava uma preocupação com as competências técnicas, científicas e humanas com vista à melhoria do cuidado ao doente oncológico. Com o objetivo de preparar os enfermeiros para a docência e para funções de direção, a escola atribuiu bolsas de estudo para os Estados Unidos (Ferreira, 1990; Soares, 1997; Fernandes, 2007). Entre 1947 e 1948 abrem outros cursos de Enfermagem: Congregação do Instituto das Franciscanas de Calé, Escola de Enfermagem Rainha Santa Isabel e Escola de Enfermagem das Irmãs Franciscanas Missionárias de Maria (Nogueira, 1990; Soares, 1997; Nunes, 2003).

A partir da década de 1940, o Estado começa a intervir no ensino da Enfermagem, numa tentativa de uniformizar, centrar e controlar as escolas e o ensino, pela definição e organização do ensino e dos planos dos cursos (Soares, 1997; Fernandes, 2007; Figueiredo & Afonso, 2010; Figueiredo, 2014). Na legislação publicada entre 1942 e 1947, o Estado reconhece os graves défices na preparação dos enfermeiros e chama a si a função de orientar o ensino, aprovar os planos de estudos e programas, e autorizar a abertura e fiscalização o funcionamento das escolas (Soares, 1997).

Entre 1940 e 1950 são, então, promulgados vários diplomas legais para estruturar e organizar os serviços de saúde e de assistência social. Os pareceres emitidos chamam a atenção do governo para o recrutamento e preparação da Enfermagem, como uma das mais graves deficiências dos hospitais no país. Referem que o ensino técnico é mal

orientado, dirigido e organizado por médicos, quando o deveria ser por enfermeiros. Referem ainda que é necessário remodelar profundamente o ensino da Enfermagem em Portugal, assim como a seleção dos estudantes e vencimentos, de forma a elevar o nível profissional e social da profissão (Soares, 1997).

Com o Decreto-Lei n.º 32612, de 31 de dezembro de 1942, o primeiro instrumento para uniformizar e controlar as escolas, foram introduzidas as seguintes medidas:

- A duração do curso passou a ser de três anos, nas escolas tuteladas pelo subsecretariado da assistência social – Ministério do Interior;
- Foram acrescentados seis meses de estágio ao ano de curso de auxiliares de Enfermagem;
- O ensino passa a ser ministrado em Escolas de Enfermagem oficiais ou particulares, e estas instituições tem autonomia técnica e administrativa;
- Foi criado um Curso Complementar de Enfermagem para a formação de monitores;
- As condições de admissão ao curso passam a ser: idade de 18 anos; boas condições físicas e comportamento moral irrepreensível; possuírem 1.º ciclo de liceu (curso geral) e instrução primária (curso auxiliares);
- O ensino passa a ter aulas teóricas, práticas e estágios, com frequência obrigatória;
- Foi criado um exame final sobre todos os conteúdos lecionados, realizado numa escola oficial e submetido a um júri (Nogueira, 1990; Soares, 1997).

A partir de 1947, os programas curriculares para a formação dos enfermeiros passam, então, a ser comuns em Lisboa, Coimbra e Porto, e a ser tutelados pelo Estado (Fernandes, 2007). Este programa incluía os conteúdos que passamos a descrever: noções de química, física, farmacoterapia e de assistência e serviço social; ciências naturais; bacteriologia; parasitologia; alimentação e dietética; patologia geral e semiologia; agentes físicos; noções de obstetrícia; administração hospitalar; contabilidade; dactilografia; agentes físicos; puericultura; análises clínicas; práticas laboratoriais; e português e francês (Soares, 1997; Fernandes, 2007). As aulas eram lecionadas por médicos, ficando o ensino da execução de procedimentos técnicos de diagnóstico e terapêutica a cargo dos enfermeiros (Soares, 1997). Apesar desta nova estrutura e organização do ensino teórico, o ensino prático continuava a não ter a

qualidade pretendida (Fernandes, 2007). As orientações para a prática eram escassas e imprecisas, e a coordenação entre o ensino teórico e o prático ausente (Soares, 1997).

Os programas do ensino teórico foram-se modificando e foram sendo acrescentados novos conteúdos: Enfermagem médica e cirúrgica, obstetrícia, pediatria, saúde mental, saúde pública, psicologia, sociologia, microbiologia, noções de assepsia, ética, história de Enfermagem, medicina preventiva, ensino, administração e orientação profissional. O programa ia-se tornando mais centrado no doente e não tanto nos procedimentos técnicos. Pretendia-se que o enfermeiro estabelecesse continuidade, fiscalização e manutenção dos cuidados. O ensino de procedimentos deveria ser feito pelo método dos quatro passos: descrição, demonstração, retorno dos estudantes sob supervisão e práticas nas enfermarias com supervisão do professor (Soares, 1997).

O ensino teórico não era coordenado com o ensino prático. Quando existia ensino prático, este era realizado segundo o modo e formas de trabalho habituais dentro dos serviços, e quando existia coordenação do mesmo, era realizada por enfermeiros com poucos conhecimentos, que não estavam disponíveis nem interessados na orientação e aprendizagem dos estudantes. A aprendizagem ocorria por imitação e repetição das práticas dos enfermeiros, sem articulação com a teoria (Soares, 1997; Fernandes, 2007).

Os estágios começaram a ser organizados, coordenados com a teoria, selecionados nos serviços de acordo com as necessidades de aprendizagem dos estudantes, e sob supervisão de um professor da escola, com o plano de estudos da Escola S. Vicente de Paulo e da Escola Técnica das Enfermeiras. Apesar desta organização, os estudantes continuavam a sentir hostilidade e incompreensão por parte dos enfermeiros, médicos e doentes, assim como carência de material para a sua aprendizagem (Soares, 1997).

Foram criadas comissões, das quais não faziam parte enfermeiros, para adequar as escolas à nova legislação. Mantém-se um ponto de vista médico que influencia o caminho e desenvolvimento da Enfermagem. Apesar de afirmarem que não existiam enfermeiros para o ensino dos pares, não existe evidência de ter sido implementada qualquer atitude para preparar os enfermeiros para esta função.

Só em 1947, com o Decreto-lei n.º 36219 (artigo 3.º), é que as Escolas de Enfermagem oficiais adquiriram autonomia técnica e administrativa, e a possibilidade de recrutar pessoal próprio. As escolas particulares estavam sujeitas a condições de abertura, funcionamento, reconhecimento de diplomas (os enfermeiros tinham de prestar as

provas finais nas escolas públicas) e inspeção das condições, das instalações e funcionamento (Soares, 1997). Este Decreto-Lei estabelece que as escolas tuteladas pelo subsecretariado da assistência social – Ministério do Interior podem ministrar o Curso Geral de Enfermeiros e o Curso de Pré-Enfermagem, cada um com a duração de dois anos, o Curso Auxiliar de Enfermagem, com um ano, os Cursos de Especialização, com a duração de três meses a um ano, e os Cursos de Aperfeiçoamento, com a duração de um ano (Soares, 1997). Esta remodelação do ensino da Enfermagem surge para colmatar o baixo nível de preparação técnica dos enfermeiros, a carência de pessoal de enfermagem (devido à escassa consideração social e à reduzida remuneração) e o aumento da procura de cuidados de saúde (Soares, 1997; Nunes, 2003;).

Numa tentativa de compensar a falta de enfermeiros, foi criado o Curso de Auxiliares de Enfermagem, com a duração de um ano, que preparava estes profissionais para a concretização de determinadas tarefas, de execução fácil e pouca responsabilidade, sob a dependência dos médicos e dos enfermeiros (Nogueira, 1990; Soares, 1997). Neste mesmo ano de 1947, foram previstos cursos para formação de monitores e de enfermeiros chefes (Soares, 1997). Um dos cursos previsto, o curso de monitores, começou a funcionar após a reforma de 1952 para preparar professores e monitores das Escolas de Enfermagem e funcionou até 1967 em Lisboa, no Porto e em Coimbra. A partir desta data foi reformulado e passou a funcionar numa escola para o efeito, tendo sido extinto em 1971, com a aprovação da carreira de Enfermagem (Nogueira, 1990).

Em 1949, após uma fiscalização a uma escola, a Inspeção de Assistência Social refere que o ensino das técnicas e a organização dos estágios são primordiais no ensino da Enfermagem, exigindo um maior cuidado na organização dos estágios práticos, fundamentais para a formação profissional dos enfermeiros (Fernandes, 2007).

Até 1952, o plano de estudos da Enfermagem portuguesa apresentava objetivos pouco definidos, não sendo claro o que pretendia dos estudantes em questão de aprendizagem. O ensino estava dirigido à patologia, ao tratamento do doente no hospital e às técnicas de Enfermagem, sentindo-se necessidade de melhorar a formação dos enfermeiros.

A partir de 1952, o ensino de Enfermagem passa a ser ministrado apenas em escolas de Enfermagem públicas ou particulares (ligadas a institutos religiosos ou misericórdias), que passam a ter autonomia técnica e administrativa, que só será legislada muito mais tarde pela Portaria n.º 34/70 de 17 de janeiro. Os planos curriculares passam a ter as

mesmas unidades curriculares e a mesma carga horária teórica, prática e de estágio, com frequência de aulas obrigatória (Soares, 1997). Apesar do plano de estudos ter sido desenvolvido, os objetivos permaneceram pouco claros, e continuaram a não estar definidos os objetivos educacionais. A preocupação dos professores continuou a ser mais centrada no ensino do que nos estudantes (Nogueira, 1990).

Mesmo com a uniformização, centralização e controlo do ensino de Enfermagem pelo Estado, esta reforma apresenta algumas deficiências: indefinição de objetivos de ensino-aprendizagem; falta de monitores em quantidade e qualidade; aproveitamento do trabalho dos estagiários com prejuízo na sua formação; ênfase nos cuidados hospitalares; e tutela médica hospitalar da Enfermagem. Estes aspetos apontam a necessidade de uma nova reforma (Nogueira, 1990).

Em 1965, o Decreto-Lei n.º 46448 de 20 de julho, desmedicaliza o ensino de Enfermagem e permite reformular a autonomia e especificidade da Enfermagem, abrindo-se às orientações da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Internacional de Enfermagem (Nogueira, 1990).

Esta reforma surge, para além dos aspetos anteriormente mencionados, pelo desenvolvimento que se estava a imprimir aos serviços de saúde e pela necessidade de a Enfermagem acompanhar este desenvolvimento. Procurava-se transformar os hospitais em centros de educação das populações para a prevenção da doença e promoção da saúde e bem-estar social (Nogueira, 1990). Neste sentido, foram criadas comissões para rever programas e planos de estudos, para recolha de informações e sugestões, para a construção de um programa organizado e completo que incluía os seguintes princípios (Nogueira, 1990; Nunes, 2003):

- A duração do curso geral manteve-se nos três anos, mas para a admissão era exigido o 2.º ciclo do liceu;
- Procurou-se um ensino mais enriquecido, desvalorizando mais a patologia e outras matérias do campo médico, procurando capacitar os futuros enfermeiros para atividades mais diversificadas em contexto hospitalar ou de saúde pública e cuidados ambulatoriais;
- A metodologia de ensino e aprendizagem passa a valorizar uma pedagogia ativa e participativa do estudante na aprendizagem;

- A componente teórica passou a proceder aos estágios, de forma a tornar os conteúdos mais assimiláveis;
- Os exames foram reorganizados de forma a existirem mais componentes de Enfermagem (Nogueira, 1990; Fernandes, 2007).

Nesta altura são criadas mais cinco escolas de Enfermagem para preparar os enfermeiros para a gestão e administração das áreas do ensino e do hospital, e para algumas variantes específicas dos cuidados de saúde, como a Saúde Pública e a Psiquiatria.

Lopes (1999) refere que se assistia a modificações marcantes e sucessivas na Enfermagem em Portugal. Para além do tipo e estrutura das unidades curriculares, as escolas começavam a ser dirigidas por enfermeiras em vez de médicos, o que não acontecia até então.

Após cinco anos da implementação da reforma anterior, foram criados grupos de trabalho para avaliarem o curso. Após a revolução de 25 de Abril de 1974, os recém-criados sindicatos de Enfermagem, os representantes das Escolas de Enfermagem e a Associação Portuguesa de Enfermeiros refletem sobre o ensino da Enfermagem. Em 1974-1975 um grupo de trabalho organizou um trabalho notável na alteração do Curso de Enfermagem, nomeadamente a nível da organização curricular. As finalidades do curso aprovado em 9 de agosto de 1976 foram:

- Fornecer formação básica polivalente, para capacitar os enfermeiros para atuarem na comunidade e a todos os níveis de prevenção da doença e mal-estar;
- Preparar os enfermeiros para serem agentes de mudança e de renovação na comunidade, para participarem na resolução dos problemas de saúde e para se enquadrarem na planificação global do país, através do Serviço Nacional de Saúde.

A organização do curso passou a obedecer aos seguintes princípios:

- Definição dos objetivos educacionais;
- Duração de três anos, repartidos em áreas de aprendizagem;
- Lecionação das aulas por enfermeiros-docentes, incluídos nas equipas pedagógicas;
- Obrigatoriedade de frequência dos cursos teórico-práticos;

- Obrigatoriedade das escolas de organizarem locais para estágio, que assegurassem uma boa integração de conhecimentos e práticas, com a colaboração dos enfermeiros desses locais;
- Integração ao longo do curso dos conceitos de: saúde, pedagogia, gestão e investigação;
- Extinção dos exames de final de curso (Nogueira, 1990).

A criação do Departamento de Ensino de Enfermagem, em 1976, foi um marco importante na evolução do ensino de Enfermagem, pois evidenciou a necessidade de uniformização dos planos de estudos (Figueiredo & Afonso, 2010). Ainda em 1976 foi criado, como já referenciado anteriormente, o Curso de Enfermagem e foi publicado o Regulamento dos Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem (Nunes, 2003).

A partir do ano letivo 1977/1978 são criadas, nas várias escolas do país, vários cursos de especialização em Enfermagem: Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna, Saúde Infantil, Reabilitação e Médico-Cirúrgica (Nogueira, 1990). Os cuidados à pessoa passam a designar-se por cuidados globais, os enfermeiros passam a ter total responsabilidade pelos cuidados prestados, e inicia-se a discussão sobre o interesse do plano de cuidados de Enfermagem, como metodologia científica de trabalho do enfermeiro, iniciando-se o esboço do ensino do mesmo e a sua aplicação na prática, durante os estágios (Fernandes, 2007).

Em 1988 ocorre a integração do ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional (Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de dezembro) e no Ensino Superior Politécnico (Decreto-Lei n.º 490/88 de 23 de dezembro, regulamentado pela Portaria n.º 65 – A/90, de 26 de janeiro), colocando as escolas sobre a dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação, e conferindo às escolas autonomia científica (Fernandes, 2007; Figueiredo & Afonso, 2010; Figueiredo, 2014). Até este momento o ensino de Enfermagem fundamentava-se numa ótica profissional, técnica, tradicional e escolarizada. Este modelo aplicacionista foi sendo progressivamente substituído por um modelo construtivista (Fernandes et al., 2017).

As escolas podiam desenhar o seu plano curricular de acordo com os critérios impostos: número de semestres, disciplinas e carga horária total com percentagem mínima de horas para a componente teórica e prática. O Curso Geral de Enfermagem (três anos) passa a conferir grau de Bacharel em Enfermagem e a frequência do Curso de Estudos

Superiores Especializados (um ano e meio) passa a conferir equivalência à Licenciatura em Enfermagem (Fernandes, 2007).

O Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de dezembro e a Portaria n.º 821/89 de 15 de setembro promovem as Escolas de Enfermagem a Escolas Superiores de Enfermagem (Fernandes, 2007). A transição de todas as escolas para a tutela do Ministério da Educação viria a ocorrer pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98 de 4 de dezembro, com a sua integração em Institutos Politécnicos, Institutos Politécnicos de Saúde ou Universidades e com a criação de Escolas Superiores de Saúde (Figueiredo & Afonso, 2010).

Em 1999 é aprovada a Licenciatura em Enfermagem (quatro anos) pelo Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro (Portaria 799-D/99 de 18 de setembro). O curso de Licenciatura em Enfermagem propõe uma formação inicial completamente remodelada: pretende mudar o paradigma educativo, numa perspetiva de conhecimento entre a saúde e a doença, à luz da qual a Enfermagem se vai profissionalizando para desenvolver e acentuar conjuntamente a sua própria área de conhecimento (Fernandes, 2007).

Na Era da autonomização dos Enfermeiros ocorreu, então, o reconhecimento da Enfermagem como uma profissão autónoma, evidente com a integração do ensino de Enfermagem para o Ensino Superior, a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) e o desenvolvimento da investigação em Enfermagem no âmbito dos Mestrados e, posteriormente, do Doutoramento. Nesta Era ocorreu o reconhecimento social da disciplina de Enfermagem (Fernandes et al., 2018).

A última grande reforma do ensino de Enfermagem em Portugal surgiu com a implementação do **Processo de Bolonha**, que visa a construção de um Espaço Europeu do Ensino Superior coeso, competitivo e atrativo para docentes e estudantes europeus e de fora do espaço europeu, e que promova a mobilidade de docentes, estudantes e o desenvolvimento de uma Europa do conhecimento e da empregabilidade, economicamente competitiva e sustentável (Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2005; Antunes, 2013). Esta reestruturação e uniformização do Ensino Superior revelou-se necessária perante a conjuntura europeia, sobretudo no interesse na definição de uma estratégia comum (política e social) para o aumento do nível de competitividade social, cultural e económica do espaço europeu (Melo, 2012).

Vários autores atestam que na origem do Processo de Bolonha está a Magna Carta das Universidades Europeias (1988), subscrita pelos Reitores das Universidades Europeias em Bolonha (Melo, 2012) e que alerta para a necessidade dos Estados assumirem que as universidades devem ter um papel preponderante no futuro da humanidade, pelo desenvolvimento do conhecimento cultural, científico e técnico como foco gerador do conhecimento, e que devem assumir de difusão de conhecimentos, num esforço de formação permanente (Magna Carta das Universidades Europeias, 1988; Melo, 2012).

O Processo de Bolonha, iniciado em maio de 1998, com a assinatura da Declaração de Sorbonne (Ministros da Educação da Alemanha, França, Itália e Reino Unido), onde se sublinhou o papel fundamental das universidades no desenvolvimento das dimensões culturais europeias e onde se acentuou a criação de um Espaço Europeu do Ensino Superior como fundamental para promover a mobilidade e empregabilidade dos cidadãos, foi oficialmente iniciado em junho de 1999, com a subscrição da Declaração de Bolonha (Ministros da Educação de 29 Estados Europeus, entre os quais Portugal) com o objetivo de estabelecer até 2010 o Espaço Europeu do Ensino Superior (EHEA, 1999; Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2005; Antunes, 2013).

Na Declaração de Bolonha foi definido um conjunto de etapas e passos a seguir pelos sistemas de Ensino Superior europeus e foram identificadas seis linhas de ação:

- Adoção de um sistema de graus facilmente comparável e legível, e implementação do suplemento ao diploma, de forma a promover a empregabilidade e a competitividade internacional do sistema europeu de Ensino Superior;
- Adoção de um sistema de Ensino Superior baseado em dois ciclos (graduado e pós-graduado). O acesso ao segundo ciclo implica o término com êxito do primeiro ciclo, que tem a duração mínima de três anos. O grau conferido torna-se relevante para o mercado europeu do trabalho, como nível de qualificação;
- Estabelecimento de um sistema de créditos (ECTS - *european credit transfer system*), promotor da mobilidade dos estudantes;
- Promoção da mobilidade, de forma a ultrapassar as dificuldades à livre circulação dos estudantes, docentes, investigadores e pessoal administrativo;
- Promoção da cooperação europeia na avaliação da garantia, de forma a desenvolver critérios e metodologias comparáveis;

- Promoção das dimensões europeias no Ensino Superior, em especial no desenvolvimento curricular, cooperação institucional, esquemas de mobilidade e programas integrados de estudo, formação e investigação (Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2005; EHEA, 1999; Antunes, 2013).

A Declaração de Bolonha pretende, então, elevar a competitividade internacional do Ensino Superior e, conseqüentemente, aumentar a qualificação dos recursos humanos para um mercado de trabalho competitivo. O objetivo do Ensino Superior passa por providenciar aos estudantes conhecimentos baseados na lei do mercado, em que o ensino passa a ser focado na convergência interdisciplinar, na flexibilidade curricular e na aquisição de competências (Melo, 2012; Antunes, 2013).

O Processo de Bolonha foi evoluindo, integrando um número crescente de países, participantes, organizações e *stakeholders*, foi adquirindo um elevado grau de complexidade e as suas linhas de desenvolvimento foram delineadas ao longo de várias reuniões ministeriais até 2009: Bolonha (1999); Berlim (2003); Bergen (2005); Londres (2007); Leuven e Louvain-la Neuve (2009); Praga (2001) (Antunes, 2013).

Nestas reuniões foi sendo reafirmado o compromisso acordado na Declaração de Bolonha, foi avaliado o processo de construção do Espaço Europeu do Ensino Superior, foram sendo estabelecidas prioridades e foram discutidos diversos aspetos, numa perspectiva de continuidade, entre os quais a implementação de sistemas de garantia de qualidade, a aprendizagem ao longo da vida, a criação de sistema de qualificação comparável e compatível para os sistemas de Ensino Superior, a integração da investigação no ensino, e a promoção da mobilidade, da investigação e da inovação (EHEA, 1999; EHEA, 2001; EHEA, 2003; EHEA, 2005; EHEA, 2007; EHEA, 2009).

Destacamos o ênfase dado a mais três linhas de ação em maio de 2001, em Praga: promoção da aprendizagem ao longo da vida, como forma de aumentar a competitividade económica; inclusão das instituições de Ensino Superior e dos estudantes no processo de criação do Espaço Europeu do Ensino Superior, como parceiros ativos, competentes e construtivos; e promoção da atratividade do Espaço Europeu do Ensino Superior entre os estudantes europeus e entre os de fora do espaço europeu, considerando a qualidade do Ensino Superior e da investigação como fundamentais para a competitividade e atratividade internacionais (EHEA, 2001; Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2005; Melo, 2012; Antunes, 2013).

Evidenciamos, ainda, na reunião de setembro de 2003 em Berlim, o reconhecimento do suplemento ao diploma como instrumento facilitador para a mobilidade, a inclusão do nível doutoral como 3.º ciclo e o foco na importância da investigação (EHEA, 2003; Melo, 2012).

Em março de 2010, os Ministros dos 47 países que participaram no Processo de Bolonha adotaram a Declaração de Budapeste-Viena e lançaram oficialmente o Espaço Europeu do Ensino Superior (EHEA, 2010).

Posteriormente, realizaram-se outras reuniões ministeriais: Bucareste (2012), Yerevan (2015), Paris (2018) e Roma (2020). Nestas reuniões foram sendo: realizados balanços da progressão do Processo de Bolonha; definidos objetivos operacionais; reforçadas estratégias de mobilidade, de qualificações comparáveis, de cooperação entre educação pesquisa e inovação, de suporte à formação e desenvolvimento dos docentes, de contribuição para o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, de garantia de qualidade no Espaço Europeu do Ensino Superior, de apoio do uso de tecnologias digitais para a aprendizagem, ensino, avaliação e pesquisa. Foi também revisto o suplemento ao diploma e foi discutido o interesse do “Cartão de Estudante Europeu” e de novas abordagens inclusivas e inovadoras no aperfeiçoamento do ensino e da aprendizagem que fortaleçam a dimensão social de ensino (EHEA, 2012; EHEA, 2015; EHEA, 2018; EHEA, 2020).

A próxima conferência de Ministros dos Estados aderentes ao Processo de Bolonha está marcada para 2024 na Albânia.

Para a implementação do Processo de Bolonha foi necessário realizar profundas reformas para aumentar a eficácia e a modernização do Ensino Superior, de forma a atingir um patamar de excelência, marcado por perfis competitivos, de referência nacional, europeia e internacional. Ocorreram profundas discussões a nível nacional e também parlamentar sobre as ações a realizar, nomeadamente no que se refere a:

- Consolidação do ECTS, do sistema de reconhecimento de graus académicos e da emissão do suplemento ao diploma;
- Promoção da mobilidade de estudantes, docentes e de pessoal não docente;
- Criação do sistema nacional de avaliação e acreditação do Ensino Superior;
- Adoção de medidas que estimulem a participação dos estudantes em todas as fases de implementação do Processo de Bolonha;

- Adoção de medidas e de programas, nomeadamente bolsas de estudo, necessários ao reforço da atratividade do Ensino Superior europeu;
- Adoção de medidas que enriqueçam a contribuição do Ensino Superior na aprendizagem ao longo da vida (Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2005).

Em Portugal, a dinamização da reforma de Bolonha inicia-se pela legislação – Decreto-Lei n.º42/2005 – que manifesta a necessidade de se proceder a uma importante mudança no Ensino Superior, onde se acentua a reestruturação dos “paradigmas de formação” (preâmbulo) (Melo, 2012). A Lei n.º 49/2005, de 30 de agosto, procedeu à alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de outubro), nomeadamente no que se refere ao Ensino Superior. O Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, aprovou o novo regime jurídico de graus e diplomas do Ensino Superior e consagrou, pela primeira vez, a acreditação de ciclos de estudos e instituições do Ensino Superior. Este diploma foi entretanto alterado pontualmente pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de junho, e pelo Decreto-Lei n.º 230/2009, de 14 de setembro, e alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de agosto. A Lei n.º 38/2007, de 16 de agosto, aprova o regime jurídico da avaliação da qualidade do Ensino Superior, onde constam os parâmetros de avaliação da qualidade, a destacar a atuação dos estabelecimentos de Ensino Superior (ensino científico, metodologias de ensino e de aprendizagem, avaliação dos estudantes, colaboração interinstitucional e interdisciplinar) e o desenvolvimento de uma cultura institucional interna de garantia de qualidade (Melo, 2012). A Lei n.º 62/2007, de 10 de setembro, estabelece o regime jurídico das instituições de Ensino Superior regulando designadamente a sua constituição, atribuições, organização, funcionamento e competência dos seus órgãos e, ainda, a tutela e fiscalização pública do Estado sobre as mesmas<sup>1</sup>.

A Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) foi instituída pelo Decreto-Lei n.º. 369/2007, de 5 de novembro, que aprova os seus estatutos e regula alguns aspetos relevantes do regime de acreditação das instituições e ciclos de estudos do Ensino Superior. Iniciou a sua atividade em 2009 e tem como missão garantir a qualidade do Ensino Superior em Portugal, através da avaliação e acreditação das instituições de Ensino Superior e dos seus ciclos de estudos, bem como pelo

---

<sup>1</sup> Informação disponível em <http://www.a3es.pt/pt/o-que-e-a3es>.

desempenho das funções inerentes à inserção de Portugal no sistema europeu de garantia da qualidade das instituições de ensino<sup>2</sup>.

O Ministério da Ciência e do Ensino Superior definiram perfis e competências de formação, caracterização geral dos cursos e cursos de especialização. A coordenadora da implementação do Processo de Bolonha em Portugal foi a Professora Doutora Luísa D'Espiney (Ministério da Ciência e do Ensino Superior, 2005).

Antunes (2013) refere que a rápida adequação do sistema de ensino português à implementação do Processo de Bolonha “foi caracterizada, pelos estudos de avaliação que se lhe seguiram, como essencialmente de superfície, tendo sido negligenciadas importantes dimensões da reforma, como as que estão relacionadas com a implementação de sistemas internos de garantia da qualidade no ensino e na investigação, com a internacionalização e a mobilidade e com as reformas pedagógicas previstas, designadamente na utilização correta do ECTS, na reduzida implementação do Suplemento ao Diploma e na muito frágil articulação entre estes elementos e o referencial de qualificações [...]” (p. 11).

O Processo de Bolonha para além de pretender tornar os sistemas de Ensino Superior comparáveis, percetíveis e acreditados, preconiza ações e mudanças no paradigma de ensino e aprendizagem, dando uma ênfase maior na aprendizagem, relativamente ao ensino (Melo, 2012). Com este novo paradigma ocorre uma transformação na função do docente, com partilha da responsabilidade da aprendizagem com o estudante. Há uma corresponsabilização efetiva entre ambos, de maneira que os estudantes aprendam de forma mais autónoma e principalmente de forma mais comprometida (Melo, 2012).

A formação no âmbito pedagógico-didático dos docentes do Ensino Superior será fundamental para a efetiva concretização e implementação das novas metodologias de ensino, preconizadas pelo Processo de Bolonha (Melo, 2012).

Com o Processo de Bolonha ocorre uma “mudança de paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências” (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º74/2006). As competências descritas nos programas das unidades curriculares devem ter em conta o

---

<sup>2</sup> *Ibidem.*

perfil de saída do diplomado após conclusão de um ciclo de estudos, e permitem que a avaliação seja realizada com base nas mesmas e não nos conteúdos (Melo, 2012).

A competência é considerada como uma potencialidade interior de uma pessoa, suscetível de gerar um número infinito de comportamentos, assumindo-se como a capacidade demonstrada de aplicar o conhecimento, as aptidões e as competências sociais e/ou metodológicas em contexto profissional ou de estudo, e para efeitos de evolução profissional e/ou pessoal (Comissão Europeia, 2006; Melo, 2012). A aquisição de determinada competência verifica-se quando o estudante, perante uma determinada situação, consegue mobilizar adequadamente diferentes saberes, selecionando-os e integrando-os para a resolução de uma situação prática (Melo, 2012).

O *Tuning Education Structures in Europe* é um projeto das Universidades Europeias que surge como consequência imediata do Processo de Bolonha e tem como objetivo aferir o tipo de competências evidenciadas como fundamentais pelas instituições europeias, no sentido de definir perfis profissionais comparáveis para a empregabilidade no mercado europeu (Fernandes, 2007). No âmbito deste projeto foi desenvolvido um estudo preliminar no sentido de se identificarem as competências de âmbito genérico a considerar na implementação de um plano de estudos. Surgiram dois grandes grupos de competências: as competências específicas (relativas a conhecimentos particulares de uma determinada área) e as competências genéricas ou transferíveis (González & Wagenaar, 2008; Melo, 2012). As competências genéricas ou transferíveis foram subdivididas em três tipos: as competências instrumentais (habilidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas); as competências interpessoais (capacidades individuais de interação pessoal, social e de cooperação); e as competências sistémicas (referem-se a uma abordagem holística do conhecimento) (González & Wagenaar, 2008). Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, apresenta como pontos de referência para a reorganização do Ensino Superior português e para a concretização dos objetivos consignados pelo Processo de Bolonha, estes cinco grupos de competências (Melo, 2012).

As metas de aprendizagem, neste novo paradigma educacional, passam, então, pelo desenvolvimento destas competências de âmbito genérico e transversal nos estudantes. Estas competências exigem que seja desenvolvido o pensamento reflexivo e crítico, o exercício do raciocínio, a formulação de juízos com recurso a uma nova forma de

pensar, com autonomia, respeitando as pessoas que nos rodeiam, de acordo com princípios éticos e de cidadania (Melo, 2012). Fernandes et al. (2017) reforçam que a preocupação das Escolas Superiores de Enfermagem visa, não só o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais, mas fundamentalmente a promoção do pensamento crítico e de competências reflexivas, numa dinâmica que transpõe a academia.

Neste novo paradigma o estudante tem de ter uma responsabilidade ativa no processo de aprendizagem e a capacidade de encaminhar a sua aprendizagem de acordo com os seus interesses e expectativas profissionais. Quanto maior for o seu grau de proatividade, maiores serão as possibilidades de ter sucesso. A procura do saber vai permitir ao estudante o desenvolvimento de competências no âmbito do aprender a aprender, aspeto inovador neste paradigma. Esta competência ajudará na preparação profissional, pois desenvolve a autonomia, a reflexão crítica e a criatividade, provoca o interesse pela aprendizagem ao longo da vida, reforça a resolução de problemas e familiariza o estudante com a possibilidade de erro. Os atuais objetivos educacionais e formativos do Ensino Superior passam então pelo aprender a ser (aprender a pensar e aprender a aprender) (Melo, 2012).

Estamos, assim, perante um novo paradigma de aprendizagem, em que o estudante tem o dever de ter uma responsabilidade verdadeiramente participante na construção do seu conhecimento, de acordo com as suas necessidades e interesses, onde o mesmo trilha o seu caminho de formação. A realização pessoal e profissional do estudante vai ser fundamental para o seu exercício profissional, traduzindo-se numa maior e melhor produtividade (Melo, 2012).

A proatividade e a reflexão por parte dos estudantes na aquisição das suas aprendizagens devem ser estimuladas pelos docentes, e por isso as metodologias que fomentem a transferência de autonomia devem ser repensadas. Esta reformulação nos processos de ensino, aprendizagem e avaliação implica uma abordagem criativa por parte do professor, para preparar novas formas de ensinar e de acompanhar o processo contínuo e individual de formação dos estudantes. Devem ser adotadas metodologias de ensino e aprendizagem centradas no estudante e que tornem a aprendizagem mais efetiva (Melo, 2012). Várias metodologias inovadoras emergiram no âmbito das do

ensino e da aprendizagem: a tutoria, o trabalho de grupo, a metodologia de projeto e o *problem-based learning* ou *project-based learning*.

A tutoria refere-se a uma atividade inerente à função do professor, que se realiza individualmente com o estudante ou com um grupo de estudantes, e que visa facilitar a sua integração pessoal nos processos de aprendizagem que contribui para o seu desenvolvimento pessoal e social (Martinez & Ortiz, 2005; Melo, 2012). Esteves (2010) define a tutoria como uma orientação de acordo com as necessidades específicas de cada estudante, com o objetivo de facilitar o acesso ao saber disponível e o acompanhamento do estudante através de uma avaliação formativa que regula essa mesma orientação. Esta orientação prevê uma participação ativa do estudante, análise crítica e tomada de decisão (Martínez & Ortiz, 2005; Melo, 2012). Pretende-se que o professor crie dispositivos para orientar os estudantes na procura autónoma de conhecimento, encaminhe para formas adequadas de organização do mesmo, avalie progressos e lacunas que se venham a verificar, considerando que o ensino não é apenas transferência de conhecimento, mas a criação de possibilidades para a sua construção (Freire, 2010; Melo, 2012). É considerada uma mais-valia, pela flexibilidade do ensino e heterogeneidade dos estudantes, e pela individualização do trabalho do estudante, considerando as suas dificuldades (Melo, 2012).

O trabalho de grupo, enquanto metodologia de aprendizagem que valoriza a interação com o outro, também é enfatizado no Processo de Bolonha. Esta metodologia é talvez, das situações de ensino mais difíceis de implementar, uma vez que pressupõe a abertura do grupo para um processo de negociação constante, em que o respeito mútuo e a tolerância nem sempre estão presentes (Melo, 2012).

O *problem-based learning* ou *project-based learning* é uma estratégia de ensino e aprendizagem fundamental neste novo paradigma. O desenvolvimento de atividades e a implementação de estratégias para a resolução de problemas, faz emergir a necessidade de pesquisa de conhecimentos teóricos que sustentem o desenvolvimento do projeto, permitindo a aquisição de determinadas competências (Melo, 2012). Os professores devem adotar estratégias de acompanhamento e de orientação na execução dos projetos, de forma a avaliarem a progressão do estudante ao longo do trabalho, e não se limitarem à avaliação do produto final (Melo, 2012).

As metodologias e estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação implementadas devem considerar o perfil de saída dos diplomados dos diferentes cursos de acordo com os respetivos objetivos, atender ao desenvolvimento de competências (específicas e genéricas) e estimular a aprendizagem do estudante de forma autónoma, responsável e participativa, para promoverem o desenvolvimento do Processo de Bolonha (Melo, 2012).

A avaliação dos programas de ensino é quase sempre associada aos resultados de aprendizagem e resultam de um ou dois momentos de avaliação, em vez de considerar todos os momentos que fazem parte do processo como os contactos exteriores à aula, a pesquisa, a predisposição, o empenho, o interesse e o estudo (Melo, 2012). Este conceito de resultado de aprendizagem tem vindo a emergir paralelamente com o conceito de competência e refere-se ao “enunciado do que um aprendente conhece, compreende e é capaz de fazer aquando da conclusão do processo de aprendizagem [...]” (Comissão Europeia, 2006, p. 3), ou seja, referem-se aos conhecimentos, aptidões e competências mínimas para a aquisição dos ECTS (Melo, 2012). O Projeto Tuning (González & Wagenaar, 2008) defende que os resultados de aprendizagem deverão estar devidamente expressos nos planos de estudos, para que o estudante saiba o que se espera dele ao nível de aprendizagem (Melo, 2012).

Considerando a emergente avaliação de competências, manifesta-se a necessidade de encontrar estratégias de avaliação adequadas, sendo que a escolha do instrumento de avaliação deve considerar as competências a serem avaliadas (Melo, 2012). A avaliação de competências inclui o domínio da aplicação prática do conhecimento numa determinada situação e a adoção de uma forma correta de perceber e de conviver com os outros num contexto profissional. Os ambientes onde ocorre o ensino devem apresentar e propulsionar a mesma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que os estudantes vão encontrar em contexto de trabalho (Melo, 2012).

Um dos principais impactos do Processo de Bolonha foi o ser incentivador de reformas no Ensino Superior nos Estados europeus, constituindo uma oportunidade única para o confronto e a resolução de problemas que afetam a organização do Ensino Superior (organização curricular dos cursos e metodologias de ensino, aprendizagem e de avaliação) alterando assim o paradigma educacional que ainda persiste na comunidade educativa europeia (EHEA, 2003; Melo, 2012).

## *Síntese*

Desde o início do ensino de Enfermagem em Portugal, nos finais do século XIX, até à integração do mesmo no Sistema Educativo Nacional (1988), várias foram as mudanças que marcaram e permitiram evoluir no sentido da autonomia técnica do ensino da Enfermagem. Com a implementação do Processo de Bolonha a nível europeu e a aprovação do CLE em Portugal, em 1999, surge aquela que parece ser a maior reforma no Ensino Superior e, conseqüentemente, no ensino de Enfermagem. O Processo de Bolonha conduziu um desafio na Enfermagem, pois obrigou a repensar o sistema de formação e a analisar o impacto futuro desta reforma no ensino de Enfermagem. Ofereceu várias reflexões entre a Ordem dos Enfermeiros (OE) e os estabelecimentos de ensino, originando: consensos sobre o conceito de Enfermagem; a necessidade de a Enfermagem ser universal; a responsabilidade dos enfermeiros promoverem e restaurarem a saúde, fomentarem a prevenção da doença e aliviarem o sofrimento; e a formação inicial que envolve uma componente prática extensa, desenvolvida em contextos de saúde complexos, com a participação de vários profissionais que interferem no processo e que constituem a equipa de saúde.

Dentro do Processo de Bolonha, consideramos como mais relevantes – e adequando ao nosso estudo – as alterações por ele implementadas que se prendem com o conceito de competência e os perfis de competências de formação definidos, da proatividade do estudante enquanto construtor do seu percurso formativo e da aprendizagem ao longo da vida. Todo este processo de implementação da reforma de Bolonha conduziu a uma reestruturação nos paradigmas de formação, com reformas pedagógicas e mudanças nas metodologias de ensino e de aprendizagem do estudante, no processo de avaliação do estudante e na colaboração interinstitucional. As diretrizes do Processo de Bolonha obrigaram à reflexão dos professores sobre os conteúdos das unidades curriculares, os modelos pedagógicos em uso e a adaptação às necessidades reais de ensino.

No âmbito da Enfermagem, nomeadamente do ensino clínico, onde estão presentes o docente, enfermeiro orientador e estudante, esta reforma implica uma maior colaboração interinstitucional (estabelecimento de ensino e instituições de saúde), com mudanças: nas estratégias de ensino, de aprendizagem e de avaliação; na proatividade do estudante; na aprendizagem ao longo da vida por parte dos três intervenientes, de forma a acompanharem as novas metodologias sugeridas (tutoria, trabalho de grupo, *problem-*

*based learning* ou *project-based learning*); e, principalmente, na promoção do desenvolvimento das competências genéricas e transversais, e de um pensamento crítico e reflexivo, aspetos fundamentais para a qualidade de ensino e da investigação.

## **2. O ENSINO CLÍNICO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

O CLE visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de Enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. Pretende-se também a formação necessária à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde, na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, e ao desenvolvimento da prática da investigação.

Com a publicação da Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro, surge o Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem, que institui o CLE: duração e carga horária; estrutura curricular do ensino teórico; ensino clínico; plano de estudo; unidades curriculares de opção; regimes escolares; classificação final; e carta de curso.

O CLE tem a duração de quatro anos curriculares, com uma carga horária total que se deve situar entre as 4600 e as 4800 horas. O plano de estudos a ministrar em cada estabelecimento de Ensino Superior de Enfermagem, pode ser organizado por anos ou por semestres, e é proposto pelo próprio estabelecimento de ensino e aprovado pelo Ministério da Educação.

O plano de estudos inclui uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico adequadamente articuladas, sendo que a duração do ensino teórico deve ser de pelo menos um terço da carga horária total do curso, e o ensino clínico deve ser de pelo menos metade da carga horária total do curso. O ensino teórico visa a aquisição de conhecimentos de carácter científico, deontológico e profissional que fundamentam o exercício profissional da Enfermagem, recorrendo a aulas teóricas, teórico-práticas, práticas/laboratoriais e seminários. O ensino clínico em contexto de prática clínica, permite ao estudante, considerando o quadro legal referenciado anteriormente relativamente ao exercício profissional do enfermeiro, a aquisição e desenvolvimento de competências e de um comportamento ético – tendo como foco a pessoa no seu contexto real – que lhe são exigidas para o *terminus* do CLE e para que possa assegurar às pessoas qualidade no seu exercício profissional.

## 2.1 – Ensino Clínico

A nível Europeu, o ensino clínico é definido pela Diretiva 2005/36/CE, de 7 de setembro de 2005, artigo 31, ponto 5, como a “[...] vertente da formação em Enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de Enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas.” (Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro).

O ensino clínico tem como objetivo, segundo o Regulamento Geral da Licenciatura de Enfermagem, “[...] assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de Enfermagem” (Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro, p. 2610-2). O ensino clínico pode decorrer em contexto hospitalar, ou em outras instituições de saúde, e na comunidade, sob a responsabilidade dos docentes dos estabelecimentos de ensino, com a colaboração de enfermeiros da prática qualificados (Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro). É no contexto do ensino clínico, e sob orientação de um enfermeiro orientador do contexto da prática clínica e de um docente, que os estudantes de Enfermagem, ao vivenciarem as situações reais da prática, são confrontados com a aplicação do conhecimento apreendido em sala de aula e a mobilização do mesmo, assim como das suas capacidades para o pôr em prática, construindo e desenvolvendo competências no âmbito dos cuidados de Enfermagem (Garrido, *et al.*, 2008; Correia & Santiago, 2012). Os diferentes saberes são complementares: o saber teórico corresponde aos princípios que contextualizam a ação. O saber prático está sempre associado a um determinado contexto, desenvolvendo-se ações específicas e adequadas a esse contexto, permitindo a resolução de problemas. A prática assume-se então como produtora de diferentes saberes devidamente contextualizados, ou seja, saberes que só se revelam quando são mobilizados perante situações concretas, adquirindo a forma de saberes socialmente reconhecidos, transmissíveis e transferíveis (Couceiro, 1996).

Ao longo do tempo, o ensino de Enfermagem tem-se organizado segundo duas importantes componentes, teoria e prática, que se desenvolvem em contextos de aprendizagem diferentes (Mestrinho, 2011). Os modelos de currículo, outrora focados

numa educação profissionalizante (o conhecimento teórico de natureza declarativa antecede a aplicação desses conhecimentos na prática), vão sendo modificados, centrando-se mais nos processos de aprendizagem do que nos conteúdos (Mestrinho, 1995, 2011).

Atualmente a formação em Enfermagem prevê a apropriação de saberes teóricos por via simbólica e de saberes práticos por via da experiência, bem como pela apropriação de valores e de atitudes que orientam o exercício profissional. Um currículo de formação consistente deve promover a articulação entre os saberes, contemplando a interdisciplinaridade, compreendendo a complexidade da realidade e privilegiando a formação baseada na resolução de problemas (Mestrinho, 2011). Desta forma, e considerando que a prática tem elementos formativos muito ricos, podendo constituir-se em teoria (Malglaive, 1995), o ensino clínico diminui o desfasamento entre momentos distintos da teoria e da prática, pelo contributo dos princípios orientadores da prática aliados à produção científica (Mestrinho, 2011). Os modelos de formação atualmente utilizados apresentam uma relação próxima entre os saberes disciplinares, processuais e da experiência, situando-se na mediação entre o ensino teórico e o ensino clínico, entre a academia e os contextos de prática clínica, pela aquisição e desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, crítico-reflexivas e de relação interpessoal (Abreu, 2007; Macedo, 2009; Mestrinho, 2011).

De forma a diminuir a separação teoria-prática que tem existido no ensino de Enfermagem (aprendizagens nos estabelecimentos de ensino e aprendizagens nos contextos de prática clínica), muitas vezes considerada numa lógica aplicacionista, aponta-se para uma organização de formação em Enfermagem em alternância. Esta organização, de certo modo cíclica, auxilia o estudante a desenvolver conhecimentos e saberes-fazer numa situação prática simulada, pois permite um *vai e vem* entre a conceptualização e a experimentação (Macedo, 2010). O ensino clínico insere-se então numa óptica de formação em alternância, em que as situações de formação e as práticas podem preceder a teoria, podendo ocorrer resolução de problemas com uma relação temporal inversa à lógica convencional de aplicação à prática. Neste modelo de formação nega-se a artificial separação entre a teoria e a prática, pois a mobilização do conhecimento teórico é importante para os estudantes enfrentarem as situações reais, pela sua reflexão sobre a ação (Mestrinho, 2011).

Malglaive (2003) refere que para se formar em alternância é preciso querer formar os indivíduos para o exercício de uma profissão, o que é coincidente com os objetivos da formação em Enfermagem. A formação em alternância tem-se multiplicado, valorizando as estratégias formativas que combinam a formação e a ação num processo único, essencialmente devido à ineficácia da formação escolarizada. Esta perspetiva visa a articulação da formação com os contextos de trabalho partindo de uma lógica de resolução de problemas. O Ministério da Saúde Português reconhece esta tendência referindo nas suas orientações que o modelo de formação está centralizado na realização de projetos e na resolução de problemas, e que esta metodologia se adapta à necessidade de modificações singulares, de grupo e dos próprios alicerces da formação.

A formação em alternância surge então como uma alternativa aos modelos de formação convencionais, escolarizados e transmissivos, e é baseada em práticas que integram saberes. A prática transforma-se em experiências, pela reflexão, articulando aprendizagens formais e não formais. Ocorre inversão na lógica da transmissão do conhecimento, promovendo-se a aprendizagem em contexto real de trabalho, incentivando os processos de autoformação e a resolução de problemas, baseados na reflexão na ação, num diálogo constante entre a teoria e prática (Canário, 2000; Canário & Cabrito, 2005). Verifica-se uma reconceptualização dos ensinamentos clínicos, exigindo-se clarificação do seu objetivo e finalidade, considerando o ênfase na aprendizagem em contextos de trabalho (Mestrinho, 2011).

A filosofia dos ensinamentos clínicos baseia-se na alternância e contém a aprendizagem através do trabalho, de forma a desenvolver competências para melhorar o desempenho individual, pela articulação entre o sistema de formação e o sistema do mundo do trabalho. Esta filosofia da formação em alternância assenta na finalidade de preparar os estudantes para o trabalho, sem esquecer o ato educativo, onde se prevê o desenvolvimento da pessoa, aliando um processo de formação sólida, uma cultura tecnológica e um saber-fazer constante (Cabrito, 1994). No ensino clínico admite-se um processo de articulação entre a realidade dos contextos de trabalho em períodos de ensino clínico, possibilitando o desenvolvimento de competências dos estudantes e dos professores numa dialética de ensino-aprendizagem necessária ao desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Macedo, 2010).

Inerente a este processo está o incentivo a uma prática reflexiva, nos diferentes contextos, como um processo que ocorre antes, durante e depois da ação, baseado na resolução de problemas, em que os profissionais analisam e refletem sobre as suas práticas, tanto na ação como sobre ela, emergindo, assim, as noções de reflexão *na e sobre* a ação (Schön, 1992).

O ensino clínico representa, então, um espaço/tempo privilegiado para os estudantes de Enfermagem desenvolverem competências para a ação realizadas no contexto real de trabalho, complexo, diminuindo o confronto entre teoria e prática. Por este espaço incluir diversas lógicas de prática, que vão muito além da prestação de cuidados, transformam-se em salas de aula clínicas, num contexto real de trabalho, com uma componente social, onde estão presentes utentes, docentes, enfermeiros e estudantes (Abreu, 2003b).

Muitos dos ensinamentos clínicos decorrem em contexto hospitalar e por isso é importante uma referência ao seu ambiente e organização. O hospital é uma organização complexa com grande potencial formativo para todos os profissionais que nele exercem as suas funções, existindo uma rede complexa de relações e de correlações, processos organizacionais e percursos pessoais que fazem emergir uma diversidade de motivações e saberes. A figura central desta organização é o doente e o cuidar do doente através da prestação de cuidados diferenciados. O hospital é visto como um produtor de serviços de saúde, onde os conhecimentos teóricos são postos em prática, quando na realidade deve ser encarado como formador de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica, entre outros), produtor de competências, prestador de cuidados de saúde, construtor de identidades pessoais e profissionais, e ser uma mais-valia para o amplo processo de socialização (Bártolo, 2007).

Constatamos, assim, que o contexto onde decorrem as aprendizagens experienciais não é imparcial. A aprendizagem implica a tomada de consciência de si e da sua relação com o contexto, determinando ações de mudança. A multiplicidade, a riqueza e a estimulação dos contextos podem aumentar as oportunidades de aprendizagem e as respetivas intervenções. Um indivíduo que contacta sempre com um contexto restrito, parece apresentar dificuldade na deslocação de saberes para outros contextos. Este poderá ser um aspeto limitativo da formação baseada na experiência (Rabiais, 2016).

D'Espiney (1999), falando sobre a aprendizagem em ensino clínico, evidencia que a aprendizagem só pode ocorrer se existirem espaços e momentos de abertura e relações horizontais entre os intervenientes, de forma a que os estudantes, em equipa, sejam capazes de “[...] expor as suas dúvidas, de emitir hipóteses, de experimentar explicações, de recriar soluções” que “promovam a criatividade e o trabalho em equipa e desenvolvam a capacidade de agir [...]” (p. 203). Esta partilha de experiências e conhecimentos permite que se aprenda a refletir e a questionar sobre as situações vivenciadas fomentando o desenvolvimento de competências que incluem a reflexão crítica e a capacidade de resolução de problemas.

É no período do ensino clínico que os estudantes interiorizam os saberes teóricos e desenvolvem as competências relacionais (saber ser e saber estar) e psicomotoras (saber fazer – aprender a aprender), fundamentais para a prestação de cuidados de Enfermagem globais ao indivíduo, à família e à comunidade, no *continuum* de vida, e no processo de saúde/doença, permitindo desenvolver diferentes saberes de forma integrada e contextualizada. O contexto inicial da aprendizagem proporciona uma determinada experiência concreta e uma compreensão mais consistente e integrada, e sempre que o estudante tem capacidade de associar determinado saber a um contexto específico e particular, enriquece-o e tenta mobilizá-lo para outros contextos (Abreu, 2003b).

Os estudantes no ensino clínico poderão ser confrontados com situações de aprendizagem clínica complexas. Nestes momentos, pretende-se que os estudantes tenham um ambiente seguro, com suporte emocional e com recurso a estratégias formativas adequadas (Benner, 2001).

Os contextos da prática clínica têm assumido uma atribuição de mero consumidor de saber com vista à orientação da prática, no entanto este contexto deve ser considerado como potenciador da formação, considerando que o contexto de trabalho do enfermeiro é muito exigente e está em constante mutação e porque mobiliza uma diversidade de competências. D'Espiney (2003, p. 183) afirma que “A participação na equipa multidisciplinar onde se discute coletivamente os doentes confere ao ato de refletir a situação de cuidar um sentido, cuja finalidade se torna visível. Por outro lado, o reconhecimento pelo grupo de pares do valor do seu trabalho favorece o investimento e o empenhamento pessoal”.

Os contextos representam um potencial formativo inegável, sendo necessário que os profissionais envolvidos nos contextos de trabalho façam da prática objeto de reflexão e investigação, para que esse potencial passe *da virtualidade à realidade*, de forma a transformar a experiência em saber (Canário, 2008).

O ensino clínico decorre, portanto, em contextos socioculturais complexos, imprevisíveis e em constante mutação. Verifica-se uma evolução constante dos conhecimentos científicos e a necessidade de adaptação aos mesmos, alterações sistemáticas dos sistemas de gestão e organização das instituições, e uma orientação mista – cuidar e tratar. O grau de complexidade de cuidados, assim como a pressão social para a qualidade e a excelência, exigem dos novos profissionais não só saber e competência (destreza, segurança, atitude, habilidade), mas também a capacidade para contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Abreu, 2003b).

As aprendizagens realizadas pelos estudantes em contexto de prática clínica são fundamentais para a aquisição de competências e para a qualidade de excelência dos cuidados prestados. Le Boterf (2003) refere que o contexto é um campo de possibilidades para o desenvolvimento de competências (Correia & Santiago, 2012). Os enfermeiros dos contextos assumem um compromisso fundamental na capacitação dos estudantes para o exercício profissional. Bártolo (2007) reforça que a aprendizagem que ocorre em contexto de prática clínica permite o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, e o desenvolvimento crescente da equipa multidisciplinar e da organização hospitalar. O indivíduo integrado na organização “[...] forma-se porque experimenta, vive, reflete e aprende cuidando e cuida aprendendo [...]” (Bártolo, 2007, p. 19).

A mudança de paradigma no Ensino Superior, e mais particularmente no ensino de Enfermagem, de modelos de formação de uma lógica transmissiva, para modelos fundamentados nas necessidades dos intervenientes, com mudanças na conceção e práticas da profissão de Enfermagem, pressupõe um processo de adaptação do enfermeiro orientador da prática clínica. Espera-se melhoria e qualidade deste ator fundamental no processo formativo dos estudantes, um trabalho colaborativo que permita o desenvolvimento de competências do estudante através da reflexão *na e sobre* a prática, e que deve incluir a preparação e clarificação da orientação em ensino clínico, culminando em projetos de investigação (Mestrinho, 2011).

## 2.2 – Acompanhamento em Ensino Clínico

Os modelos e práticas de supervisão encontrados na literatura teórica e nos estudos empíricos são variados, tendo sido indicados como fatores geradores desta diversidade: a utilização do conceito em diferentes disciplinas e em diferentes momentos históricos; a ausência de consenso em relação aos conceitos; a deficiente apropriação de práticas de supervisão, por parte dos agentes fomentadores e dinamizadores; a multiplicidade de contextos e de finalidades em que a mesma é utilizada; e o desenvolvimento pessoal e profissional do supervisor e supervisionado (OE, 2010). O conceito de supervisão é utilizado inadequadamente em diversos contextos e com sentidos diversos, importando clarificar, por isso, o seu significado, pois ele não é aceite em todos os contextos formativos da mesma forma. Em alguns contextos tem a conotação de poder no relacionamento socioprofissional, contrariando os valores de respeito pela pessoa e pelas suas capacidades formativas (Abreu, 2003b; 2007). Macedo (2007) reforça que, na literatura de Enfermagem, a orientação de estudantes em ensino clínico é, muitas vezes, sinónimo de supervisão, conceito que tem sido implícita ou explicitamente considerado na literatura de uma forma difusa.

Em Portugal, o conceito de supervisão surgiu anos 1980, referindo-se ao acompanhamento dos estágios dos professores, no âmbito da sua formação inicial – supervisão pedagógica. Na década de 1990 ocorre a disseminação deste conceito e, posteriormente, o alargamento do mesmo a outras áreas, nomeadamente a Enfermagem.

Alarcão e Tavares (2003, p.6), considerando este alargamento do conceito de supervisão, referem que apesar de a ênfase “[...] colocado na formação de professores, por ser fundamentalmente este o campo em que temos praticado supervisão, reconhecemos a pertinência da sua transferência para outros campos profissionais [...]”, designadamente o “[...] da saúde com os quais mais directamente temos contactado”. Considerando a área de formação de professores, a supervisão é um processo no qual um professor experiente acompanhava, colaborava e ajudava na formação de outro, com menor grau de desenvolvimento profissional. Os mesmos autores consideram o processo supervisivo como uma “[...] dinâmica recíproca, assimétrica, helicoidal e espiralada [...]” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 45).

Parece existir também uma utilização indiscriminada e confusa dos termos “supervisor clínico”, “mentor” e “preceptor”, referenciando-se à mesma função (OE, 2010). Constatamos que é assim difícil de se encontrar na literatura empírica, e de forma sólida, modelos “puros”. Encontra-se sim a referência a um mesmo modelo, mas que se traduz por práticas de supervisão variáveis (OE, 2010).

Na área da saúde, o termo “supervisão” pode reportar-se a situações distintas, envolvendo diferentes estratégias e modelos. Para Borges (2010), supervisão é o processo em que uma pessoa experiente orienta o estudante no seu desenvolvimento educacional, profissional e humano, através da monitorização da sua prática, recorrendo à reflexão e experimentação. A mesma autora, referindo-se aos diferentes modelos e estratégias, aponta para três processos supervisivos: supervisão clínica, *mentorship* e *perceptorship*. Também a OE (2010) refere que se encontra na literatura, e de uma forma geral, estes três grandes tipos de abordagem que se constituem ainda em diferentes modelos de supervisão. Borges (2010) transpõe estes conceitos para a Enfermagem:

- Supervisão clínica: designa o acompanhamento e desenvolvimento das competências profissionais, fomentando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos próprios utentes e, conseqüentemente, a realização e satisfação profissional, sendo desenvolvidas pelos pares. A OE (2010, p. 5) considera a supervisão clínica “[...] como um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”. Neste conceito, a ação, a reflexão e a colaboração são considerados eixos centrais (OE, 2010).
- *Perceptorship*: significa o acompanhamento durante um período limitado de tempo, num determinado contexto de atuação, que envolve o apoio de um profissional experiente a outro profissional menos experiente. A OE (2010) refere-se a este conceito como um período de exercício profissional com o objetivo de apoiar o enfermeiro na transição para a prática profissional ou socialização a uma nova função, numa área que não lhe seja familiar.

- *Mentorship*: refere-se à supervisão do desenvolvimento dos estudantes em contexto clínico, num processo que implica ser facilitador da aprendizagem, supervisionar e avaliar os estudantes (Borges, 2010; OE, 2010).

Oliveira (2012), na investigação que realizou, refere que a *Canadian Association of Schools of Nursing* (CASN) identificou cinco modelos mais frequentemente utilizados na educação em ensino clínico, sobretudo na Austrália e América do Norte: supervisão direta realizada por professor do estabelecimento de ensino; supervisão realizada por preceptor/mentor do contexto de prática clínica; supervisão realizada por enfermeiros do contexto (*Clinical Teaching Associate Model*); unidade dedicada à educação (*Dedicated Education Unit – DEU*) e unidade de colaboração na aprendizagem (*Collaborative Learning Unit – CLU*) (CASN, 2004). Menciona também que a *Health Workforce Australia* (2010) identificou três tipos de modelos de educação em ensino clínico: supervisão com facilitador (*“Facilitation Supervision Model”*); combinação de supervisão com facilitador e preceptor/mentor, e unidade dedicada à educação. Em Portugal, também Abreu (2003b) aponta para quatro modelos distintos de orientação das práticas clínicas: *mentorship*, *preceptorship*, multitutor e integrativo.

Percebemos, então, por toda a literatura consultada, que tanto em Portugal como a nível internacional, o *mentorship* é um dos modelos em uso. Valorizando o Modelo de Desenvolvimento Profissional da OE (2010), todo o estudo desta problemática realizado por Abreu (2003b, 2007) e por duas revisões integrativas de Mills et al. (2005) e Ramos e Nunes (2017) sobre os conceitos de *mentorship*, supervisão clínica e *preceptoring*, e sobre os modelos de acompanhamento em ensino clínico, respetivamente, consideramos o *mentorship* como o modelo que mais se adequa à nossa realidade. Isto porque o *mentorship* é um modelo que se adapta aos estudantes em ensino clínico, em contexto de formação inicial, que valoriza a relação entre mentor e estudante como promotora da aquisição e desenvolvimento de competências e do desenvolvimento pessoal e profissional.

Assumindo, então, o *mentorship* como modelo em uso, sentimos necessidade de aprofundar as especificidades deste modelo de supervisão na formação inicial de estudantes de Enfermagem.

O conceito de *mentorship* começou a aparecer na literatura em Enfermagem no início da década de 1980, e desde então tem sido amplamente aceite na educação em

Enfermagem, apesar de nem sempre haver consenso quanto ao seu conceito e à função do mentor. Este desacordo surgiu devido ao uso indiscriminado de diferentes termos para se referirem a uma mesma atribuição, ao uso do termo mentor para se referirem a responsabilidades diferentes e à enunciação de orientações diferentes sobre a função do mentor, nomeadamente em Inglaterra, pelo *English National Board for Nursing*. Este departamento refere-se ao *mentorship* como um processo através do qual um enfermeiro qualificado facilita a aprendizagem, supervisiona e avalia os estudantes de Enfermagem em contexto de prática clínica (Borges, 2010; OE, 2010). Neste processo de acompanhamento, a experiência em ensino clínico permite que o estudante aprenda de uma forma mais consistente e compreensiva. A construção de competências, da responsabilidade, da integridade ética e da identidade fazem parte deste processo de acompanhamento (Abreu, 2007).

No âmbito da formação inicial em Enfermagem, mais especificamente no acompanhamento de estudantes em ensino clínico, o mentor é “[...] o enfermeiro que, no seu contexto de prática clínica, supervisiona e facilita aprendizagens aos estudantes [...]” (OE, 2010, p.53). Abreu (2003b) refere que o mentor é o profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do estudante e que o *mentorship* se caracteriza pelo estabelecimento de uma relação de proximidade entre duas pessoas, um profissional experiente e o formando, durante um longo período de tempo.

Na literatura, a relação estabelecida entre estudante e mentor é determinante para o processo de desenvolvimento profissional, pois facilita o apoio e a orientação específica e dirigida à sua aprendizagem, traduzindo-se num processo de *mentorship* eficaz (OE, 2010). Parece haver uma relação paternalista, de proteção e acompanhamento no sentido de proporcionar bem-estar e desenvolvimento humano progressivo. Inicialmente verifica-se alguma dependência, do formando em relação ao mentor, exigindo uma supervisão mais direta, que evolui progressivamente para uma relação de igualdade, com uma supervisão cada vez menos direta e com maior autonomia do estudante (Abreu, 2003b). Borges (2010) enfatiza a relação intensa, de proximidade e de envolvimento, entre um profissional experiente e o estudante, em que o primeiro se responsabiliza pela aprendizagem do segundo durante um período de tempo longo. Esta relação deve ser baseada na parceria, respeito mútuo, compromisso e consistência.

A mesma autora sublinha que o *mentorship* remete para os processos de aprendizagem em contexto de prática clínica, e que pressupõe a colaboração dos enfermeiros qualificados da prática, e onde estão implícitos processos de complementaridade, partilha e interação, que devem liderar à construção dos saberes teóricos e práticos, orientados pelos diferentes intervenientes, numa lógica reflexiva e contextualizada (Abreu, 2007). O profissional desempenha uma função de conselheiro, orientando no desenvolvimento das suas ideias, atitudes e práticas, no decorrer do seu processo de aprendizagem (Abreu, 2007).

Borges (2010) alerta para a necessidade de os mentores adotarem processos e estratégias pedagógicas, de forma a facilitarem o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, valorizando assim a importância dos mesmos possuírem competências pedagógicas para a realização das suas funções.

O *mentorship* é um modelo que pode ser utilizado em estudantes de qualquer estágio de aprendizagem, mas que é mais utilizado nos estudantes que se encontram no final do CLE, pois facilita a transição para o compromisso profissional (CASN, 2004; Saarikoski et al., 2005). Num estudo desenvolvido por Saarikoski et al. (2005), verificou-se que este modelo contribuía em larga medida para o desenvolvimento profissional dos estudantes.

O mentor deverá possuir as competências necessárias para orientar estudantes em ensino clínico (CASN, 2004; Saarikoski et al., 2005), sendo um elemento fundamental na promoção do processo de ensino aprendizagem dos estudantes, e na transformação dos contextos, de forma a que estes sejam facilitadores da aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes (McBrien, 2006). A OE (2010) menciona as características e/ou pré-requisitos para ser um bom mentor: acessibilidade; habilidades interpessoais efetivas; adoção de estratégias de ensino positivo; prestação adequada de atenção à aprendizagem; fornecimento de suporte; capacidade de desenvolvimento profissional; entre outros (OE, 2010).

A terminologia “tutoria”, muitas vezes utilizada, deve ser distinguida do *mentorship*. Assim o *mentorship* é mais centrado na orientação e na relação entre duas pessoas, enquanto a tutoria é mais centrada nas estratégias de ensino e aprendizagem, estando o tutor mais focado na transmissão de conhecimentos (Ramos & Nunes, 2017). Tem surgido também o conceito de *coaching*, que remete para uma relação colaborativa

(*coach/estudante*), que evidencia a conversa como inspiradora para levar o estudante a atingir os seus objetivos, encorajando-o a refletir, a melhorar a prática, o seu desenvolvimento profissional e o seu empenho, de forma a alcançar a excelência (Donner & Wheeler, 2009; Ramos & Nunes, 2017).

Considerando o que foi anteriormente referenciado na revisão bibliográfica realizada, e a pouca utilização em Portugal do termo mentor, optámos pela utilização da nomenclatura de enfermeiro orientador, considerando este como o enfermeiro experiente, que durante um período de tempo tem a missão de facilitar, suportar e orientar as aprendizagens dos estudantes em ensino clínico, num determinado contexto de prática clínica, recorrendo ao estabelecimento de uma relação eficaz que possibilite o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante (Borges, 2010; Ramos & Nunes, 2017).

Abreu (2003b) refere que o acompanhamento de estudantes em ensino clínico deve considerar a aprendizagem como um percurso, numa lógica de continuidade e de produção de conhecimento, baseada na experiência e a partilha de responsabilidades durante o ensino clínico e a qualidade e segurança dos cuidados. Alarcão e Tavares (2003) também mencionam alguns pontos fundamentais no acompanhamento em ensino clínico em Enfermagem: o estudante, o enfermeiro orientador e o docente são adultos, em desenvolvimento, com experiências passadas; o enfermeiro orientador/docente, ao aprender a ensinar, também se encontra numa situação de aprendizagem; e a principal função enfermeiro orientador/docente é auxiliar o estudante a aprender e a desenvolver-se.

Abreu (2007) menciona cinco dimensões no acompanhamento de estudantes em EC:

- Definição de objetivos consistentes, pertinentes e exequíveis;
- Preparação para a tomada de decisão (fortalecendo a autoestima, a reflexão, o espírito crítico e a responsabilidade);
- Envolvimento em novas experiências e na transferência de saberes;
- Acompanhamento no processo de desenvolvimento pessoal, promovendo a responsabilização, a autoavaliação e a autonomia progressiva;
- Desenvolvimento de espírito de solidariedade, reforçando a relação com o grupo.

Abreu (2007) identifica ainda seis fases no ciclo de acompanhamento em ensino clínico:

- Escolha do enfermeiro orientador, baseada em critérios que dependem do contexto e da experiência de acompanhamento;
- Conhecimento mútuo entre enfermeiro orientador e estudante, de forma a se conhecerem e estabelecerem regras no acompanhamento;
- Identificação de objetivos e de resultados de aprendizagem, com reflexão sobre os mesmos, discussão de estratégias e estabelecimento de *timings*;
- Desenvolvimento da relação, pela interação entre enfermeiro orientador e estudante e pelo desenvolvimento de uma atitude contínua de avaliação e de promoção da autonomia;
- Fim da relação, estabelecida durante o acompanhamento em ensino clínico;
- Avaliação, através de técnicas diversificadas e formais.

Considerando a contextualização realizada acerca do *mentorship* e os aspetos referidos sobre o acompanhamento de estudantes, consideramos importante abordar, de uma forma sistemática, as responsabilidades dos intervenientes na orientação do estudante de Enfermagem em ensino clínico: estudante, docente e enfermeiro orientador (Abreu, 2001, 2003b; Carvalhal, 2003).

Sá-Chaves (2007, pp. 126-127) refere que a relação entre esta tríade pressupõe uma parceria e implica “[...] um atento e abrangente olhar que contemple e atente ao perto e ao longe, ao dito e ao não dito, ao passado e às hipóteses de futuro, aos factos e às suas interpretações possíveis, aos sentidos sociais e culturais, à manifestação do desejo e à possibilidade/impossibilidade da sua concretização, ao ser e à circunstância, às pessoas e ao seu próprio dever”. A autora refere ainda que o entendimento da supervisão deve contemplar, para além do conhecimento, uma relação afetiva com um ambiente adequado para a formação, e por isso mesmo este processo necessita de formação na área da supervisão (Sá-Chaves, 2007).

Estes atores concorrem para o desenvolvimento da disciplina e da profissão, embora com responsabilidades e intervenções diferentes:

- O estudante – elemento central do processo, deve ser interventivo e responsável pelo seu próprio desenvolvimento. Deve apropriar-se do conhecimento que advém da experiência e da prática clínica do contexto. O estudante beneficia da orientação do enfermeiro orientador e do docente, pelo desenvolvimento da sua

capacidade crítica e reflexiva, da sua autonomia, da sua integração profissional e simultaneamente vai construindo a sua identidade profissional;

- O docente – assume na tutoria uma função facilitadora da aprendizagem. Ele constitui-se como um recurso na área do saber, fundamentalmente teórico, e na área pedagógica e de supervisão. É o interveniente que melhor conhece o percurso formativo e individual do estudante e deve partilhar informações e implementar estratégias com o enfermeiro orientador, considerando sempre o estudante e o seu processo de aprendizagem. O docente demonstra “mensagens explícitas” para o estudante através dos conteúdos teóricos que leciona, das estratégias que utiliza e da investigação que desenvolve. Na interação com o enfermeiro orientador e com o contexto de ensino clínico, o docente forma-se como enfermeiro e como docente, através dos momentos de aprendizagem na prática, podendo contribuir para a identificação ou resolução de necessidades de formação daquele contexto;

- O enfermeiro orientador – assume a função facilitadora do processo de integração, não apenas no serviço, mas também na profissão. O enfermeiro orientador apresenta-se como um interveniente essencial na partilha do conhecimento prático, que resulta do exercício da sua profissão, importante quer para o estudante quer para o docente. A partilha mútua com o estudante e o docente sobre a reflexão sobre as práticas é uma mais-valia para o enfermeiro orientador, assim como o desenvolvimento das suas competências de orientação que decorre de todo o processo de orientação e de toda a relação entre os intervenientes (Abreu, 2001, 2003b; Benner, 2001; Pires et al., 2021b; Pires & Santos, 2022).

Oliveira (2012) refere que o docente deve possuir competências relacionais, pedagógicas e transmitir conhecimentos que ajudem os estudantes a transferir o quadro conceptual para os cuidados específicos aos utentes, promovendo a integração teórico-prática (Cruz, 2004; Pereira, 2007; Cordeiro, 2008; Martins, 2009; Pires et al., 2021a; Pires & Santos, 2022).

Abreu (2003b) identifica algumas das responsabilidades do docente em ensino clínico: assumir a responsabilidade global pelo ensino clínico; apoiar e trabalhar com os enfermeiros orientadores; manter uma relação pedagógica com os estudantes, acompanhando e mediando a aprendizagem; aprovar os objetivos operacionais

elaborados; trabalhar os objetivos de aprendizagem e relacionar a formação em sala de aula e a prática clínica com os estudantes; reunir com o estudante e o enfermeiro orientador, avaliando a progressão da aprendizagem; avaliar a adequação das experiências de aprendizagem ao currículo global; proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a avaliação realizada pelo enfermeiro orientador e avaliar as experiências de orientação. Neste processo o docente deve ainda constituir-se como recurso para o estudante e enfermeiro orientador (Abreu, 2003b).

Perrenoud (1999, 2000) refere que o principal recurso do docente, enquanto facilitador do desenvolvimento de competências, é a postura reflexiva, a sua capacidade de observar, regular, inovar, e aprender com os outros, com os estudantes e com a experiência. É fundamental que o docente identifique e valorize as suas próprias competências, o que exige um trabalho de reflexão sobre a sua própria relação com o saber. O autor identifica algumas capacidades do docente: saber gerir a comunidade educativa; saber organizar o trabalho considerando os vastos espaços-tempos de formação; saber cooperar com os pares; saber conceber dispositivos pedagógicos complexos; saber identificar e modificar a contextualização do saber; saber criar e gerir situações-problema, identificando dificuldades e analisando e reordenando tarefas; saber observar os estudantes; e saber avaliar as competências em construção.

Franco (2000) enfatiza, no processo de orientação de estudantes em ensino clínico, por um lado, a *orientação pedagógica* do docente, acima descrita, e por outro lado, a *orientação prática* do enfermeiro orientador. A OE (2010) valoriza também neste processo, a existência de um docente de ligação que assegura o apoio e informação pedagógica ao enfermeiro orientador e ao estudante (OE, 2010).

Abreu (2007) menciona atitudes que o docente e o enfermeiro orientador devem assumir para com o estudante, a saber: facilitar a interação entre os pares; promover uma identidade positiva para facilitar o processo de afirmação do estudante; auxiliar a definir o seu quadro de valores, respeitando a ética e a deontologia profissional; assumir-se como “modelo”; demonstrar uma atitude de justiça na análise das experiências de aprendizagem; desenvolver uma linguagem profissional e científica; gerir emoções; fomentar espírito crítico como forma de promover a melhoria contínua; identificar situações de isolamento ou sofrimento psicológico com potencial negativo para a aprendizagem; adequar o grau de intervenção à autonomia e responsabilidade crescente

do estudante; demonstrar empatia, disponibilidade, paciência e compreensão para o diálogo e para analisar problemas profissionais e pessoais; e identificar a etapa de desenvolvimento das competências clínicas e atitudes do estudante.

O docente e o enfermeiro orientador devem transmitir mensagens implícitas ou periféricas, que podem marcar a atitude e identidade do estudante, como o entusiasmo no desempenho da profissão, a proximidade às ciências de Enfermagem e os momentos informais em contexto de trabalho (Abreu, 2003b). Para além de ensinar a desenvolver as competências técnicas, o docente e o enfermeiro orientador devem promover a prática reflexiva, facilitar a aprendizagem das experiências vivenciadas, ajudar na tomada de decisão, ensinar a trabalhar em equipa e proporcionar novos desafios e oportunidades. Em conjunto, eles analisam todo o processo supervisivo e o processo de ensino-aprendizagem centrado no estudante. Devem trabalhar em parceria, numa atitude de complementaridade e corresponsabilidade, para promover a aquisição de conhecimentos, a prática de Enfermagem e a qualidade na formação de estudantes (Abreu, 2003b).

A colaboração e parceria entre estes intervenientes é fundamental para favorecer a aprendizagem do estudante, e passa por uma aproximação e corresponsabilização entre os mesmos, pelo estabelecimento de objetivos comuns, pela sistematização de várias dimensões como a complementaridade e interdependência de funções, pela partilha de recursos e saberes, e pelo apoio no desenvolvimento de ações de cooperação (Abreu, 2003b). As parcerias entre as instituições de saúde e os estabelecimentos de ensino, ainda que pouco consistentes, são imprescindíveis para a formação de qualidade em Enfermagem. Vários fatores são referenciados como resistência a esta relação: o elevado número de estabelecimentos de ensino; a variedade dos currículos das escolas; a pouca oferta de serviços destas; e as mudanças na filosofia das organizações das instituições de saúde (Abreu, 2003b).

Numa revisão integrativa realizada por Amaral e Deodato (2015), com o objetivo de descrever como se articulam os estabelecimentos de ensino e as instituições de saúde, em contexto de ensino clínico dos estudantes de Enfermagem em Portugal, foram encontrados quatro estudos que o descrevem de forma clara e específica. Emergiram um conjunto de aspetos que descrevem esta articulação de forma vaga: estabelecimento de protocolos; reuniões; partilha de recursos; e tradição e valores. A atual articulação passa

pelo estabelecimento de protocolos deficientes e não praticados; e por contactos e reuniões antes do início do ensino clínico e no decorrer do mesmo.

Abreu (2003b) referiu também que os estudos realizados após a década de 1990 têm dado visibilidade à necessidade de colaboração entre os estabelecimentos de ensino e as instituições de saúde, mostrando um aumento da qualidade de ensino e mudanças nas organizações e na formação contínua dos enfermeiros. Foram descritos quatro objetivos fundamentais desta aproximação: racionalizar as formas de recrutamento de pessoal (comunicação das necessidades e do perfil de competências); promover políticas e práticas de formação contínua (programa conjunto de formação); contribuir para um desenvolvimento profissional consistente (estudantes, enfermeiros e docentes); e apoiar nas atividades de investigação (planeamento, execução e avaliação de projetos de pesquisa) (Abreu, 2003b).

Importa realçar que pensamos que o acompanhamento em ensino clínico em Enfermagem beneficia com a valorização da tríade de intervenientes – estudante/docente/enfermeiro orientador – numa atitude de complementaridade e corresponsabilidade no processo, e que uma adequada articulação entre os estabelecimentos de ensino e as instituições de saúde facilita o processo formativo do estudante em contexto de prática clínica para um foco comum que privilegia a qualidade dos cuidados de Enfermagem e os ganhos em saúde que daí resultam.

Compreendemos então o *mentorship* como o modelo de acompanhamento de estudantes em uso na maioria dos ensinos clínicos do CLE em Portugal, valorizando a função e responsabilidade de cada um dos intervenientes no processo de ensino-aprendizagem do estudante. Realçamos também a importância da colaboração interinstitucional (estabelecimentos de ensino/instituições de saúde), para que este processo ocorra de forma a facilitar e valorizar a formação do estudante ao longo do CLE, promovendo o desenvolvimento das competências esperadas para o exercício profissional. Desta forma consideramos importante abordar, de uma forma breve, a aprendizagem do estudante em ensino clínico, focando a função do enfermeiro orientador, objeto deste estudo.

## *Síntese*

O ensino clínico surge no CLE como fundamental para o desenvolvimento de competências do estudante de Enfermagem, previsto no perfil de competências de saída deste diplomado. O desempenho dos três intervenientes presentes em ensino clínico, estudante, enfermeiro orientador e docente, assim como o contexto onde decorre o ensino clínico, são essenciais neste processo. A promoção de oportunidades de aprendizagem, pela experiência, assim como a reflexão *na e sobre* a ação, estão descritos como aspetos importantes nas responsabilidades do docente e enfermeiro orientador.

Em ensino clínico o estudante é acompanhado por um docente do estabelecimento de ensino, exterior ao contexto, e por um enfermeiro orientador do contexto, que acompanha as práticas clínicas. As responsabilidades do docente e do estudante estão patentes na literatura. No próximo capítulo apresentaremos as considerações específicas relativas ao enfermeiro orientador, foco deste estudo.

O *mentorship*, terminologia que designa o modelo de acompanhamento de estudantes em uso na maioria dos ensinos clínicos do CLE em Portugal, valoriza a relação estabelecida entre o enfermeiro orientador e o estudante durante o acompanhamento em ensino clínico na facilitação das aprendizagens. A colaboração interinstitucional é importante para que o acompanhamento do estudante decorra de forma a facilitar e valorizar a formação do estudante ao longo do CLE, promovendo o desenvolvimento das competências esperadas para o exercício profissional.



### **3. O ENFERMEIRO ORIENTADOR DE ENSINO CLÍNICO**

No Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, a OE refere, no Domínio do Desenvolvimento Profissional, que o enfermeiro “contribui para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes [...]” e “atua como um mentor/tutor eficaz” (OE, 2012, p. 24). O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros no seu artigo 9.º, ponto 6 refere que “os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de [...] docência, formação [...]” (OE, 2015a, p. 103). Também a Portaria n.º 799-D/99, de 18 de setembro, refere que o ensino clínico ocorre sob a responsabilidade dos docentes dos estabelecimentos de ensino, com a colaboração de enfermeiros da prática qualificados. Sendo assim, no contexto de ensino clínico do CLE, cabe ao enfermeiro de cuidados gerais a orientação de estudantes de Enfermagem. Abreu (2003b) e a OE (2015a) reforçam que os enfermeiros têm responsabilidade no acompanhamento dos estudantes ao nível da formação, no seu quotidiano em ensino clínico e na sua atividade prática. Abreu (2003b) refere que os enfermeiros orientadores são o fator que mais contribui para o desenvolvimento de competências de assistência.

No ensino de Enfermagem, ao nível do ensino clínico, a figura de enfermeiro orientador possui a responsabilidade de ajudar os estudantes a aprender, através do desenvolvimento de competências e de saberes, visando, por um lado, a qualidade da prática de cuidados no ensino clínico, considerando o domínio relacional e integrando uma cultura reflexiva e de colaboração, e, por outro lado, a análise, a interpretação de dados da prática e de avaliação do processo de aprendizagem, com base no conhecimento profissional (Alarcão & Tavares, 2010).

As responsabilidades, papéis, capacidades, competências e características do enfermeiro orientador têm sido apontadas por diferentes autores e referenciadas em várias dissertações de mestrado e teses de doutoramento em Portugal. Atendendo à origem da supervisão clínica em Portugal e à posterior transposição para a Enfermagem, valorizamos neste enquadramento inicial, relativamente ao enfermeiro orientador em Enfermagem, as considerações de autores da área das Ciências da Educação.

Alarcão e Tavares (2010), referindo-se ao supervisor, referem que o mesmo deve ter a capacidade de facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem do estudante, estar atento aos impedimentos que possam surgir das experiências aos sentimentos, perceções e à

capacidade de autorreflexão, de forma a criar com o estudante novas formas de fazer, de conhecer, de aprender e de ser, num ambiente emocional positivo e humano. Benner (2001) reforça que em ensino clínico se pretende que os estudantes tenham um ambiente seguro, com suporte emocional e com a utilização de estratégias formativas adequadas. Um ambiente positivo é fundamental para potenciar a experiência de aprendizagem em ensino clínico, possibilitando ao estudante uma progressão na sua autonomia, no seu raciocínio clínico e na sua responsabilização pela sua aprendizagem (Borrallo-Riego et al., 2021). O enfermeiro orientador deve facultar informação objetiva sobre o progresso dos estudantes, tendo em consideração a sua avaliação e aprendizagens futuras (Alarcão & Tavares, 2010).

Tavares (1993) reforça a missão facilitadora do supervisor na aprendizagem e desenvolvimento do estudante, realçando a boa capacidade de relacionamento interpessoal e a promoção de um ambiente facilitador para a aprendizagem. O acolhimento do estudante pelo enfermeiro orientador e a forma como este é integrado na equipa de saúde pode influenciar a aprendizagem do estudante em contexto da prática clínica (Casate & Corrêa, 2006; Correia & Santiago, 2012; Merighi et al., 2014). O enfermeiro orientador deve estabelecer um ambiente de confiança, exigente e estimulante, e com condições que viabilizem o desenvolvimento pessoal e profissional, planeando estratégias com essa finalidade (Alarcão & Tavares, 2010; Espada, 2013). Alarcão (1996) acrescenta que o supervisor, para além de agente facilitador, deve ser agilizador do processo reflexivo. A mesma autora menciona que os supervisores devem ter capacidade de observação e análise, com uma visão abrangente e profunda, e o saber na ação. Esta capacidade de reflexão foi também evidenciada por Sá-Chaves (2007). Merighi et al. (2014) referem que a postura proactiva e reflexiva do enfermeiro orientador, com obtenção de feedback, é distinguida pelos estudantes como fundamental para o processo de construção de conhecimento.

Ainda Alarcão e Tavares (2010) referem que o supervisor deve possuir as características de entajuda, empatia, autenticidade, abertura, espontaneidade, cordialidade, reciprocidade, colaboração e solidariedade. A experiência e informação do supervisor, a consolidação de conhecimentos, a adoção de uma relação adulta de acolhimento e a relação interpessoal (relação dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária e responsável) são também aspetos importantes (Alarcão & Tavares, 2010). As

competências relacionais, já mencionadas anteriormente, devem ser baseadas na confiança, no respeito, no empenho, no entusiasmo e numa amizade cordial e solidária (Alarcão, 2010; Sá-Chaves, 2007). Isabel Alarcão, José Tavares e Idália Sá-Chaves têm sido repetidamente utilizados nos trabalhos desenvolvidos por Simões (2004), Almeida (2006), Rua (2009) e Dias (2010).

Ao nível da formação, em geral, e da formação de Enfermagem, em particular, as funções do supervisor foram identificadas do seguinte modo:

- Informar: proporcionando informações e possibilitando diferentes perspetivas de análise de situações, tendo em conta as necessidades de formação dos estudantes;
- Questionar: o supervisor questiona a realidade, problematiza o saber e a prática, e confronta-se com opções alternativas, conduzindo o estudante numa atitude reflexiva;
- Sugerir: com o objetivo de estimular o espírito de iniciativa do estudante na realização dos seus projetos. Supervisor e estudante assumem em conjunto a responsabilidade das atividades a desenvolver;
- Encorajar: estimulando e transmitindo confiança ao estudante, promovendo o interesse e a motivação no processo de formação profissional;
- Avaliar: clarificando manifestamente e explicitando os procedimentos inerentes à avaliação (Abreu, 2003b).

A estas funções subjaz uma reflexão mútua e um trabalho persistente que permite ser facilitador da aprendizagem e desenvolver no estudante um conjunto de competências profissionais que promovam o saber e saber-fazer no sentido de se tornar um profissional competente (Alarcão & Tavares, 2010).

Outro autor bastante citado nos trabalhos desenvolvidos em Portugal é Wilson de Abreu (Rua, 2009; Borges, 2010; Dias, 2010; Costa, 2012; Barbosa, 2014). O autor identifica algumas das responsabilidades do enfermeiro orientador, a saber: aceitar constituir-se como “modelo” para o estudante de Enfermagem, colaborando com o docente no processo de aprendizagem; proporcionar uma integração humana e cientificamente consistente dos estudantes no contexto de trabalho; mediar a relação entre os estudantes, a equipa multidisciplinar e os doentes; obter informações sobre o ensino clínico e os conhecimentos adquiridos anteriormente; mobilizar recursos do contexto para a aprendizagem; respeitar as normas e regras em vigor no contexto; materializar o plano

de aprendizagem, contribuindo para a continuação dos objetivos operacionais; proporcionar experiências de aprendizagem pertinentes e sólidas; estar disponível para ouvir, apoiar e ajudar; fornecer informação objetiva sobre a evolução dos estudantes, considerando as aprendizagens futuras e a avaliação; e utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto orientador.

Abreu (2007) refere que o enfermeiro orientador deve saber: aconselhar, apoiar e orientar o estudante, e ajudar a problematizar questões profissionais; estimular o estudante; promover a autoestima e a autoconfiança; proporcionar oportunidades de aprendizagem; disponibilizar recursos para o processo de aprendizagem; gerir emoções; e promover o crescimento pessoal e profissional do estudante. O enfermeiro orientador deve ainda possuir competências científicas, comunicacionais e pedagógicas (Abreu, 2007).

As competências de comunicação e relacionais são consideradas relevantes e devem manifestar-se numa postura de: transmissão de informação de forma clara e preceptiva; escuta ativa; e compreensão, cooperação, encorajamento, clarificação, aconselhamento a ajuda na procura de soluções, fornecendo uma perspetiva diferente para a situação clínica (Abreu, 2007). Também Longarito (1999) valoriza as competências comunicacionais no apoio e aconselhamento do estudante. As interações interpessoais entre os estudantes/docente/equipa de saúde são um alicerce que facilita a aprendizagem, sendo que esta é mais eficaz quando há uma relação interpessoal sólida (Souza et al., 2015). A partilha de experiências profissionais, o feedback permanente e a motivação do estudante são também aspetos fundamentais da atitude do enfermeiro orientador (Abreu, 2007; Costa, 2012; Pires et al., 2020; Pires & Santos, 2022).

A experiência, associada a uma idade superior e à imagem de “modelo”, também é referenciada (Abreu, 2007). Franco (2000) concorda que o enfermeiro orientador deve ter experiência e deve ser bem informado (Borges, 2010). Pearson e Hensley (2019) evidenciam que a partilha da experiência clínica, aquando da prestação de cuidados da qualidade, facilita o desenvolvimento do pensamento crítico e do raciocínio clínico. Alarcão (2010) acrescenta que o enfermeiro orientador deve ser competente. O estudante de Enfermagem observa o enfermeiro orientador em relação à sua personalidade, discurso, desempenho profissional, comportamento ético e conhecimento

técnico/científico. O exemplo profissional que é assumido pelo enfermeiro orientador requer que exista coerência entre as suas ações e o seu discurso (Costa, 2008).

Alarcão e Rua (2005) referem como características do enfermeiro orientador: personalidade equilibrada e humana; responsabilidade; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados, com uma atitude de aprendizagem contínua; capacidade para analisar os fenómenos e acontecimentos de uma forma crítica; e capacidade de tomada de decisão, de agir perante o inesperado e de trabalhar em equipas multidisciplinares.

Serra (2006) menciona que o enfermeiro orientador deve possuir capacidade nos domínios técnico, científico-pedagógico, humano e cultural, e ainda capacidade de liderança, planeamento e organização para o desempenho da função de orientador. Acrescenta que o enfermeiro orientador deve ser responsável no cumprimento de deveres, empenhado e rigoroso. Serra (2006) descreve ainda características de personalidade compatíveis com a função de orientação e ensino como a empatia, a autoconfiança, a facilidade de relacionamento interpessoal, a escuta ativa, a flexibilidade, a intuição, a observação, a resiliência, a perseverança e a aptidão para ensinar.

Haggman-Laitila et al. (2007) identificaram pré-requisitos para a supervisão, num estudo onde se pretendeu desenvolver um modelo para o acompanhamento de estudantes de Enfermagem: visão holística do currículo; familiaridade com a organização e pré-requisitos de competências do enfermeiro orientador; habilidade na Enfermagem; desenvolvimento de competências, competências pedagógicas, de cooperação, de interação e organizacionais; e habilidade na tomada de decisão.

Martins (2009), no estudo que desenvolveu, refere que as competências desejáveis dos enfermeiros orientadores de ensino clínico, segundo os estudantes de Enfermagem, são: ser capaz de comunicar e relacionar-se com os outros; ser reflexo; ser capaz de analisar e avaliar; ser capaz de dinamizar a formação/aprendizagem; ter conhecimentos e saber combinar e mobilizar perante uma situação; saber/querer empenhar-se na orientação; saber/querer empenhar-se na profissão de Enfermagem; e saber/querer aprender e aprender a aprender.

Rua (2009) reforça que o enfermeiro orientador deve ser disponível, facilitador da aprendizagem/desenvolvimento dos estudantes, detentor de conhecimentos/saberes

essenciais e que deve saber gerir a imprevisibilidade e complexidade de cada situação. O enfermeiro orientador deve demonstrar abertura e disponibilidade, explicar as consequências das suas intervenções, criar um bom ambiente, antecipar as necessidades dos estudantes e confiar e acreditar no potencial do mesmo por forma a ser um elemento facilitador da aprendizagem (Espada, 2013). Os estudantes valorizam a função do enfermeiro orientador e salientam a disponibilidade do mesmo como uma característica essencial. Para além da disponibilidade, valorizam também a partilha do conhecimento e a capacidade de os levar a refletir sobre as práticas (Correia & Santiago, 2012).

Vários estudos referenciados por Abreu (2007) mencionam que os estudantes tendencialmente consideram como bons enfermeiros orientadores aqueles que mantêm uma relação de proximidade, que apresentam segurança nas suas capacidades e realismo, que são capazes de gerar expectativas positivas, que são bons profissionais e comunicadores, organizados, amigáveis, atenciosos, pacientes, compreensíveis, com bom sentido de humor, entusiastas e que se sintam satisfeitos com a profissão. Os estudantes, ao serem confrontados com enfermeiros orientadores com estas características, encaram-nos como “exemplos a ser seguidos”, como “modelos profissionais”, pela capacidade de gestão de tempo de trabalho com o estudante e pela valorização da relação com o doente. Outros autores referem que os estudantes valorizam: a lealdade; a honestidade; a sinceridade; o saber ouvir; a análise de situações-problema; o reconhecimento das suas limitações; o proporcionar feedback; o ser facilitador; a capacidade de apoio; e a capacidade de fazer críticas construtivas sem elaborar juízos de valor (Abreu, 2007).

Borges (2010) cita ainda autores internacionais que mencionam que o enfermeiro orientador deve ser bom comunicador, entusiasta, acessível, amigável, atencioso, paciente, compreensivo, com capacidade para ensinar, para atender às necessidades dos estudantes, e que deve estabelecer uma boa relação com o estudante, baseada na confiança, no respeito, no compromisso, na confidencialidade, na acessibilidade e na flexibilidade.

Num estudo realizado por Pretty et al., (2010) com 173 estudantes de Enfermagem, foram identificadas as seguintes principais características do enfermeiro orientador: amabilidade, simpatia, empatia, compreensão, responsabilidade, conhecimento,

comunicação, humanidade, respeito, tolerância, sinceridade, confiança, paciência, solidariedade, disponibilidade, experiência e capacidade de ensino.

Cruz et al. (2012), num estudo realizado sobre a supervisão clínica em Enfermagem, mencionam que o enfermeiro orientador deve ter capacidade de autocrítica, de comunicação, de relação/cooperação, de observação, de realizar escuta ativa, de liderança, de se mostrar como modelo, de persuasão, de ensinar, de utilizar a prática baseada na evidência e de ser facilitador das práticas. O enfermeiro orientador deve ainda ser aceite pelos pares e chefia, ter experiência e perícia, e demonstrar calma, paciência, assertividade, disponibilidade, proximidade, respeito, confiança, dedicação, motivação, discernimento, imparcialidade e ambição.

Oliveira (2012) também apresenta na sua tese de doutoramento as características do enfermeiro orientador, que a autora considera transversais ao docente e ao enfermeiro orientador:

- Possuir competência científica e técnica, e experiência profissional (Cordeiro, 2008; Paiva, 2008; Pereira, 2007; Martins, 2009);
- Possuir competências relacionais (disponibilidade, flexibilidade, compreensão, atenção, empatia, justiça, coerência, paciência) para criar uma relação potenciadora da aprendizagem, com subjacente desenvolvimento mútuo (Cordeiro, 2008; Martins, 2009);
- Possuir competências pedagógicas gerais (capacidade e conhecimento relativamente à utilização das estratégias pedagógicas adequadas) (Cruz, 2004; Pereira, 2007; Cordeiro, 2008; Martins, 2009);
- Ter experiência na orientação de estudantes (Cruz, 2004; Pereira, 2007; Cordeiro, 2008; Martins, 2009);
- Ser facilitador, ajudando o estudante a aprender e a aprender a refletir (Martins, 2009);
- Ter gosto e motivação para a profissão de Enfermagem (Martins, 2009);
- Ter motivação e vontade para o desempenho da função (Cordeiro, 2008; Martins, 2009).

Girija (2012) refere que o enfermeiro orientador deve apresentar competências profissionais e de Enfermagem como: conhecimento, acessibilidade, avaliação do

procedimento, habilidades de comunicação e interpessoais na relação com os estudantes e traços de personalidade/atributos pessoais.

Fonseca et al. (2016) realizaram um estudo onde foram questionados estudantes do 4.º ano do CLE sobre as representações do enfermeiro orientador e apresentaram os seguintes resultados: acessibilidade, competência, conhecimento, disponibilidade, empatia, experiência, honestidade, imparcialidade, interesse, colaboração, ser prestável, exigente, paciente, honesto, simpático, compreensivo e imparcial. Borrallo-Riego et al. (2021) acrescentam a estas características a demonstração de conhecimentos e procedimentos atualizados na evidência científica.

Martínez-Linares et al. (2019) evidenciam cinco categorias de qualidades importantes que o enfermeiro orientador deve possuir e que são consistentes com o *The Nursing Clinical Teacher Effectiveness Inventory* de Knox e Mogan: habilidades de ensino, competências profissionais, avaliação, relações interpessoais e personalidade. Os autores valorizam também a disponibilidade, a motivação para o ensino, a gentileza, a capacidade de dar feedback, a experiência profissional, a liderança, a capacidade de gestão, o trabalho de equipa e competências de consultoria. A estas características e competências, Loughran e Koharchik (2019) aditam a empatia, a capacidade para orientar na resolução de problemas, para conduzir o raciocínio clínico, para promover a autonomia e o compromisso profissional.

Carvalho (2003), Borges (2010) e Dias (2010), nos trabalhos que desenvolveram, referem que uma formação profissional e pedagógica, sólida e atualizada, deve ser facilitadora, devendo os enfermeiros orientadores ser peritos nas competências que desenvolvem nos estudantes e ter competência profissional. Correia e Santiago (2012) reforçam que a orientação do estudante em contexto de prática clínica pelo enfermeiro orientador deve ser baseada numa prática pedagógica sólida, participativa e que mobiliza encontros formativos entre todos os intervenientes.

Dias (2010) também problematizou a questão da escolha dos enfermeiros orientadores para o acompanhamento em ensino clínico. Numa investigação desenvolvida para compreender como são indicados e quais os critérios que fundamentam a escolha dos enfermeiros orientadores que acompanham os ensinamentos clínicos, Dias (2010) identifica os seguintes critérios: experiência profissional, competência e formação.

Num estudo realizado por Rocha e Rua (2012), sobre a participação dos enfermeiros orientadores no acompanhamento de estudantes em ensino clínico, foram identificados fatores que influenciam a participação destes na orientação dos estudantes. Estes fatores podem ser considerados como facilitadores ou inibidores, a saber: ausência de formação em supervisão clínica, ausência de clarificação da função, ausência de comunicação com os enfermeiros orientadores, atmosfera envolvente, falta de disponibilidade, características da demanda (passividade), disposições (gosto por ensinar, recetividade, interesse), recursos bioecológicos (motivação, comunicação, pensamento crítico), composição do grupo de estudantes (aumento do número), desconhecimento do currículo, desconhecimento das parcerias, remuneração, ausência de contrapartidas para os enfermeiros (formação, comprovativos, descontos para a frequência dos cursos nas escolas, remuneração dos profissionais, ausência de um elo no contexto de ligação ao estabelecimento de ensino) e duração do ensino clínico (aumento do tempo, aumenta a participação do enfermeiro orientador).

Silva et al. (2011) mencionam que os enfermeiros orientadores aprendem esta função, de forma informal, por reprodução do comportamento dos pares. Os enfermeiros, no início desta função, sentem-se perdidos e sem orientações para o seu desempenho.

Os enfermeiros orientadores salientam a necessidade de formação dos intervenientes, para o acompanhamento de estudantes, sugerindo que as instituições que acolhem os estudantes formem enfermeiros para esta função, de forma a desenvolver as suas capacidades de orientação e acompanhamento, e para serem elementos de referência para o acompanhamento dos estudantes (Fernandes et al., 2012). A necessidade de existência de uma política de formação sustentada – perspetivando a qualidade na formação dos estudantes, enfermeiros orientadores e docentes – parece ser incontornável (Fernandes et al., 2012).

### ***Síntese***

As responsabilidades, atitudes, papéis, capacidades, competências e características do enfermeiro orientador do ensino clínico têm sido apontadas por diferentes autores e referenciadas em várias dissertações de mestrado e teses de doutoramento em Portugal: Tavares (1993), Alarcão (1996), Longarito (1999), Franco (2000), Abreu (2003b), Carvalhal (2003), Simões (2004), Serra (2006), Abreu (2007), Sá-Chaves (2007),

Martins (2009), Rua (2009), Alarcão e Tavares (2010), Borges (2010), Dias (2010), Correia e Santiago (2012), Costa (2012), Cruz et al., (2012), Fernandes et al. (2012), Oliveira (2012), Espada (2013), Barbosa (2014) e Fonseca et al. (2016), e também em artigos internacionais: Casate e Corrêa (2006), Haggman-Laitila et al. (2007), Pretty et al. (2010), Girija (2012), Merighi et al. (2014), Knisely et al. (2015), Souza et al., (2015), Pearson e Hensley (2019), Martínez-Linares et al. (2019), Loughran e Koharchick (2019) e Borrallo-Riego et al. (2021).

O enfermeiro orientador deve ser um elemento facilitador da aprendizagem do estudante, mas também do seu desenvolvimento profissional e pessoal, promovendo a evolução da sua autoestima e autoconfiança. A importância das suas competências comunicacionais, relacionais, científicas, técnicas e pedagógicas está bem documentada na literatura. É valorizada ainda a sua experiência profissional e a sua capacidade para promover uma prática reflexiva, suportar a tomada de decisão e proporcionar experiências de aprendizagem.

O desempenho do enfermeiro enquanto orientador, pressupõe a adoção de uma atribuição social com características próprias. O enfermeiro tem de adotar uma nova postura, pois passa a ter novas funções e novas responsabilidades (Serra, 2006). Rua (2009) reforça que os enfermeiros nem sempre se sentem ou estão preparados para o desempenho desta nova função. Pires (2009) acrescenta que os enfermeiros têm dificuldades no desempenho desta função. Também Borrallo-Riego et al. (2021) concordam, referindo que os estudantes mencionam que a função do enfermeiro orientador nem sempre está claramente definida e que este desconhecimento da função e das necessidades de aprendizagem do estudante influenciam a aprendizagem dos estudantes em ensino clínico. Ainda Andrade (2005) menciona que os enfermeiros se demitem desta nova função de orientação de estudantes.

Encaramos, então, esta aprendizagem de novas funções como um processo de transição situacional, em que o enfermeiro tem de aprender a ser orientador. Silva et al. (2011) mencionam que os enfermeiros orientadores aprendem esta função por reprodução do comportamento dos pares. Os enfermeiros no início destas funções sentem-se perdidos, sem rumo, sem orientações para o seu desempenho, manifestando necessidade de formação dos intervenientes (Fernandes et al., 2012; Fonseca et al., 2016). Vários foram

os aspetos referidos na literatura que apontam para uma incapacidade para assumir a função de enfermeiro orientador, a saber:

- Deficiente definição e clarificação da função (Benner, 2001; Abreu, 2007; Rua, 2009; Oliveira, 2012; Rocha & Rua, 2012; Amaral & Deodato, 2014a; Borrallo-Riego, 2021);
- Desvalorização da função pela equipa de Enfermagem (Abreu, 2007; Oliveira, 2012);
- Demissão por parte do enfermeiro da função de formador de pares (Amaral & Deodato 2014a);
- Falta de disponibilidade (Rocha & Rua, 2012) do enfermeiro orientador (desinteresse, desmotivação) (Amaral & Deodato, 2014a), sobrecarga de trabalho no contexto, falta de recursos humanos e materiais (Oliveira, 2012) e falta de tempo para a orientação (Amaral & Deodato, 2014a);
- Desconhecimento dos critérios de seleção dos enfermeiros orientadores (Amaral & Deodato 2014a);
- Ausência de formação dos enfermeiros orientadores, de experiência e de competências formativas e de supervisão (Abreu, 2007; Oliveira, 2012; Rocha & Rua, 2012; Amaral & Deodato, 2014a);
- Deficiente comunicação com o docente/enfermeiro orientador (Oliveira, 2012; Rocha & Rua, 2012; Amaral & Deodato, 2014a);
- Deficiente comunicação com os estabelecimentos de ensino/contextos de prática clínica (Oliveira, 2012; Rocha & Rua, 2012; Amaral & Deodato, 2014a);
- Deficiente assimilação dos objetivos de ensino clínico e dos planos curriculares dos vários estabelecimentos de ensino (Benner, 2001; Rocha & Rua, 2012; Amaral & Deodato, 2014a);
- Ausência de um modelo de tutoria (Abreu, 2007).

Acrescentamos que nem sempre os enfermeiros orientadores consideram como seu dever a contribuição para a formação inicial dos estudantes, através da orientação dos mesmos em contexto de prática clínica. Por outro lado, nem todos os serviços apresentam recursos suficientes para a orientação de estudantes, podendo diminuir a qualidade da formação dos enfermeiros (Abreu, 2003b).

### 3.1 – O enfermeiro orientador e a aprendizagem em Ensino Clínico

O enfermeiro orientador de ensino clínico encontra-se numa posição privilegiada para promover a aprendizagem do estudante em ensino clínico.

D’Espiney (1999), quando aborda a aprendizagem em ensino clínico, evidencia que a aprendizagem só pode ocorrer se existirem espaços e momentos de abertura, e relações horizontais entre os intervenientes, de forma a que o estudante, em equipa, seja capaz de “[...] expor as suas dúvidas, de emitir hipóteses, de experimentar explicações, de recriar soluções[...],” que “[...] promovam a criatividade e o trabalho em equipa e desenvolvam a capacidade de agir [...]” (p. 203). Esta partilha de experiências e conhecimentos permite que se aprenda a refletir e a questionar sobre as situações vivenciadas, fomentando o desenvolvimento de competências que incluem a reflexão crítica e a capacidade de resolução de problemas.

A aprendizagem em ensino clínico é um processo envolvente em que os estudantes são os principais agentes de aprendizagem, sendo eles os responsáveis pela mobilização dos seus próprios percursos. Em contexto de prática clínica, o estudante interage com o contexto e com as pessoas que fazem parte do mesmo (enfermeiro orientador, doente e equipa de Enfermagem e multidisciplinar), estabelecendo relações interpessoais e partilhando saberes e ideias. É nesta interação e intercâmbio com o contexto, com os outros e com ele próprio, que durante o ensino clínico o estudante vai interiorizando e cimentando conhecimentos, papéis e funções.

Vygotsky (2012) refere que os indivíduos adquirem conhecimentos pela interação com o meio, evidenciando que a missão dos estabelecimentos de ensino, na transmissão de conhecimentos, é diferente dos que são aprendidos na prática. Desta forma, os conhecimentos científicos transmitidos pela via do ensino fazem parte de um sistema organizado de conhecimentos, enquanto os aprendidos pela via da experiência prática, em contexto de ensino clínico, decorrem das interações sociais entre a pessoa e o meio.

A missão da prática clínica é imprescindível, contribuindo para o desenvolvimento de competências e para a produção de saberes. Abreu (2003b, p. 153) refere que “a importância da prática clínica não reside na necessidade de aplicar conhecimentos

teóricos adquiridos: a prática clínica e o trabalho com o doente permitem desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via”.

Analisando os trabalhos desenvolvidos por Abreu (2003b) na área da supervisão clínica de estudantes em contexto de ensino clínico, verificamos que foram identificados seis fatores que caracterizam a aprendizagem em ensino clínico: autonomia e reconhecimento; clareza da função a desempenhar; satisfação profissional; suporte dos pares; oportunidades de aprendizagem; e qualidade do acompanhamento. É esperado que o estudante adquira autonomia nas suas intervenções, tentando ao mesmo tempo ser reconhecido pelo enfermeiro orientador, docente e restante equipa como bom prestador de cuidados, com competência e saber. O estudante não sabe bem que função desempenhar: se a de estudante, se a de enfermeiro com autonomia na tomada de decisão. A sua satisfação no desempenho do cuidar e a satisfação que o enfermeiro orientador manifesta são importantes na sua motivação para a aprendizagem, assim como o suporte e apoio quer dos pares, quer da equipa.

As oportunidades de aprendizagem que surgem em cada ensino clínico são particulares e imprevisíveis, pois dependem das situações clínicas dos doentes e dos procedimentos e cuidados que daí advêm. Por fim, a qualidade do acompanhamento realizado pelo enfermeiro orientador e pelo docente, a motivação que estes conseguem impulsionar, o processo de reflexão sobre as situações clínicas e o desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão para a autonomia são cruciais no processo de aprendizagem do estudante. Os seguintes aspetos são geradores de ansiedade para o estudante: é um contexto que ele desconhece, em que tem de se relacionar com a equipa, enfermeiro orientador e docente numa situação de avaliação, e tem de cuidar de doentes em situações clínicas muitas vezes complexas e em que ele se sente inseguro, com medo de não ser capaz de cuidar (Abreu, 2003b; Pires et al., 2020).

As aprendizagens em contexto de prática clínica compreendem, então, uma complexidade de comportamentos e atitudes, que só são possíveis de aprender e integrar nas reais situações de trabalho. As práticas são essenciais para uma aprendizagem profissionalizante, em que pesam as componentes cognitivas, psicomotoras, afetivas e relacionais (Carvalho, 2003).

Kolb (2014) utilizou referenciais dos estudos de Dewey, Lewin, e Piaget, que lhe permitiram desenvolver um olhar diferente acerca da forma como os estudantes

desenvolvem a sua aprendizagem em contexto de ensino clínico. O autor procurou conciliar os dois polos – teoria e prática – num modelo estrutural de aprendizagem, identificando várias fases e estilos próprios da aprendizagem, que fundamentam a especificidade e a diversidade do processo de aprendizagem experiencial.

No Ciclo de Aprendizagem Experiencial de Kolb e Kolb (2013) (ver Figura 1) ocorre, em termos cognitivos, um processo de transformação, desde a observação até ao seu reinvestimento na ação. A transformação da experiência produz efeitos ao nível do saber e, neste processo, questionam-se os saberes que nele se produzem, assim como a sua transformação num saber transmissível e transferível. A aprendizagem é entendida como um processo holístico que permite o estabelecimento de ligações conceptuais entre as diferentes situações e contextos, que ocorrem continuamente ao longo da vida de uma pessoa (Kolb, 2014).

A aprendizagem é definida por Kolb (2014) como o processo de criação do conhecimento pela transformação da experiência, valorizando assim, nesta definição, a responsabilidade da experiência no processo de aprendizagem.

Figura 1- Ciclo de aprendizagem experiencial



Fonte: Kolb e Kolb, 2013, p. 8

Abreu (2007), no trabalho que desenvolveu sobre aprendizagem em contexto de ensino clínico, menciona quatro pressupostos principais a serem considerados num modelo explicativo sobre a aprendizagem em ensino clínico: a complexidade das experiências

práticas; o processo matricial de aprendizagem através da mobilização de saberes; a aprendizagem holística; e a mobilização de estratégias ao nível da gestão da informação para a formação. A aprendizagem compreende uma atividade cognitiva em que estão implicados fatores de ordem cultural, contextual, psicológica e física. O estudante aprende, compreende e organiza os conhecimentos utilizando a sua capacidade intelectual ou física através das experiências vivenciadas. A aprendizagem ocorre pelo confronto com uma nova situação e pela redefinição de objetivos como está explícito na figura 2 (Abreu, 2003b).

Figura 2 - Aprendizagem em contexto de ensino clínico



Fonte: Abreu, 2003b, p. 23

O estudante aprende quando integra a informação fornecida e consegue desenvolver uma determinada ação num determinado contexto. Este processo compreende a motivação, a orientação, a integração e a ação. A importância do acompanhamento em ensino clínico está implícita na orientação e avaliação deste processo (Abreu, 2003). A aprendizagem implica sempre transformações a nível cognitivo, das práticas socioprofissionais, do autoconhecimento e a redefinição de uma estratégia pessoal de processar e transferir a informação, de modo que o saber adquirido em determinado contexto possa ser aplicado noutras situações e contextos futuros (Abreu, 2003b).

Newman e Peile (2002) explicam como a experiência induz a reflexão e a aprendizagem. Segundo os autores, o ciclo da aprendizagem principia com a experiência vivenciada pela pessoa, transportando-o para uma aprendizagem específica, que ocorre baseada na atividade reflexiva sobre essa mesma experiência. Esta

aprendizagem pressupõe a orientação de um enfermeiro orientador, que extrai da experiência total uma aprendizagem específica. No processo de aprendizagem, não ocorre uma resposta automática a um determinado estímulo contextual em que a pessoa está envolvida. Essa resposta depende da capacidade de iniciativa, de autonomia e de intervenção da própria pessoa. A aprendizagem reflexiva estimula o debate e fomenta a rutura com os referenciais já adquiridos pelo próprio em outros contextos experienciais vivenciados. Quando se adquire conhecimentos através da aprendizagem pela experiência, para além do saber-fazer (domínio psicomotor), adquire-se o saber e o saber-ser, que são aprendizagens consideradas do domínio cognitivo, afetivo e social. Este processo é singular, dependendo de cada pessoa, do sentido que dá à experiência vivida, e que só pode ser avaliado pelo próprio, visto só ele conhecer o valor formativo dessa aprendizagem (Cavaco, 2002).

Todo este processo de aprendizagem *na e pela* experiência envolve o conceito de *reflexão na ação*. Pires (2002) considera a reflexão como o aspeto indispensável para que ocorra aprendizagem: “[...] é através de um trabalho de reflexão sobre o resultado das acções empreendidas pelo sujeito que este aprende, tornando-se mais eficaz e competente [...]” (p. 194). A reflexão na ação pressupõe a articulação de saberes teóricos, já adquiridos e já formalizados, com os saberes adquiridos através da ação para a produção de novo conhecimento. Esta conceção representa a rutura com a ideia de se considerar a prática como mera aplicação da teoria (Canário, 2008). Ao pensarmos na aprendizagem pela experiência, numa perspectiva de reflexão na ação, devemos encará-la como um processo facilitador do aperfeiçoamento da capacidade reflexiva acerca da nossa prática profissional, ou seja, devemos considerar a nossa reflexão individual sobre a nossa prática como um processo de autoaprendizagem e formação.

Em ensino clínico a aprendizagem surge, então, pela interação entre o estudante e o contexto onde decorre o ensino clínico. Neste confronto entre o meio interno e o meio externo, que ocorre após a experiência vivida, o estudante constrói uma aprendizagem com sentido para ele. A experiência concreta, vivenciada num determinado contexto, enriquece o saber, pela compreensão, e permite ao estudante transpor esse saber para outros contextos.

O enfermeiro orientador tem, assim, uma obrigação fundamental na clarificação da atribuição do estudante, no estabelecimento de uma relação horizontal e de abertura

com o mesmo, promovendo o mesmo tipo de relação com a restante equipa multiprofissional e o contexto. O suporte e a satisfação profissional do enfermeiro orientador influenciam também a aprendizagem em ensino clínico. Pela partilha de conhecimento e experiências, pela promoção de oportunidades de aprendizagem, pela mobilização de saberes e estratégias, com base na reflexão *na* e *sobre* a ação, das experiências complexas vivenciadas, o enfermeiro orientador é um interveniente no processo de ensino-aprendizagem que promove a autonomia e o reconhecimento, a tomada de decisão, a capacidade para agir e a reflexão crítica, aspetos essenciais para um acompanhamento de qualidade em ensino clínico.

Considerando a contextualização apresentada sobre a aprendizagem em ensino clínico, julgamos pertinente abordar alguns aspetos que poderão influenciar a aprendizagem dos estudantes do CLE em ensino clínico.

Numa revisão integrativa realizada por Amaral (2016) com o objetivo de identificar os aspetos que influenciam a aprendizagem dos estudantes do CLE em contexto de prática clínica, foram identificados seis aspetos pelos estudantes e pelos enfermeiros orientadores como influenciadores da aprendizagem: acolhimento, organização do ensino clínico, contexto de prática clínica, processo de ensino-aprendizagem, enfermeiro orientador e estudantes de Enfermagem. Estes aspetos foram considerados por ambos como potenciadores ou inibidores da aprendizagem (Amaral & Pereira, 2017).

O acolhimento positivo por parte da instituição, equipa e enfermeiro orientador, é fundamental para que o estudante desenvolva a sua maturidade pessoal e profissional, para a aquisição de competências na sua formação técnica e para a sua formação como cidadão, como pessoa (Casate & Corrêa, 2006) e enquanto futuro profissional. Deve ser promovido no contexto e na equipa multiprofissional um ambiente de empatia, confiança e respeito para com o estudante, tendo o enfermeiro orientador uma atitude facilitadora quer no acolhimento, quer no processo de integração do estudante no contexto e, simultaneamente, assumindo a monitorização da integração do estudante.

Na organização do ensino clínico é essencial a articulação entre os estabelecimentos de ensino e os contextos de prática clínica, que pressupõe a partilha de saberes para uma construção coletiva da aprendizagem. As relações entre os intervenientes no processo de ensino-aprendizagem conduzem à consolidação do conhecimento, pela reflexão sobre a

realidade e os momentos de aprendizagem (Merighi et al., 2014). O conhecimento e a negociação, entre os estabelecimentos de ensino/serviço e o docente/enfermeiro orientador, sobre o currículo do curso e o planeamento do ensino clínico, promove a valorização dos profissionais (Silva, 2012), facilita o cumprimento dos objetivos do ensino clínico (Fernandes et al., 2012), e influencia a qualidade da orientação (Silva & Silva, 2004) e a aprendizagem dos estudantes (Fernandes et al., 2012). A preparação do enfermeiro orientador e da equipa de Enfermagem, antes do início do ensino clínico, é fundamental para motivar e promover um acolhimento positivo aos estudantes e, conseqüentemente, a qualidade no processo de ensino-aprendizagem.

As características e o ambiente do contexto de prática clínica podem influenciar a aprendizagem dos estudantes. A imprevisibilidade das situações, a complexidade dos cuidados, o manuseamento de equipamento, os procedimentos técnicos, as oportunidades de aprendizagem, a relação com o doente e a disponibilidade do enfermeiro orientador para a orientação, são aspetos que influenciam a aprendizagem (Espada, 2013; Pires et al., 2020).

No processo de ensino-aprendizagem, a articulação entre a teoria lecionada em sala de aula e a prática vivenciada nas situações reais do contexto de trabalho é valorizada pelos intervenientes e considerada fundamental na construção da aprendizagem (Merighi et al., 2014). O desenvolvimento de competências no contexto deve superar o saber-fazer e a experiência, e estimular a reflexão sobre as aprendizagens vivenciadas, sendo o docente e o enfermeiro orientador, elementos facilitadores neste processo (Benner, 2001; Rua, 2009; Espada, 2013; Merighi et al., 2014). A reflexão sobre as práticas e a sua articulação com a teoria, com as situações relacionais vivenciadas pelo estudante e com as questões relacionadas com o ensino clínico, implicam que o docente e enfermeiro orientador, enquanto elementos facilitadores da aprendizagem, introduzam estratégias que estimulem o pensamento crítico e reflexivo (Resk & Gomes, 2008). A relação terapêutica, pedagógica e multiprofissional é uma base facilitadora da aprendizagem, que é mais eficaz se a relação interpessoal entre os diferentes intervenientes for sólida (Souza et al., 2015; Pires & Santos, 2022). A presença e proximidade docente/ enfermeiro orientador é um aspeto construtor e facilitador da aprendizagem do estudante, pois possibilita a partilha e reflexão sobre as experiências vivenciadas pelo mesmo (Merighi et al., 2014). Quanto mais intensas e positivas forem

as relações no contexto maior é o estímulo para a aprendizagem (Costa, 2008). A possibilidade de escolha da alocação do enfermeiro orientador, de acordo com a especificidade dos cuidados poderá promover mais oportunidades de aprendizagem para os estudantes. Os momentos de reflexão sobre as práticas e a disponibilização de ferramentas pelo enfermeiro orientador são promotores do desenvolvimento de competências e conhecimentos.

O enfermeiro orientador desempenha uma função fundamental no desenvolvimento de competências do estudante de Enfermagem, enquanto elemento facilitador da aprendizagem (Correia & Santiago, 2012). Para além das características, conhecimento e experiência, a disponibilidade e postura proactiva e reflexiva do mesmo é salientada pelos estudantes (Correia & Santiago, 2012; Merighi et al., 2014).

As características pessoais do estudante e as emoções vivenciadas no ensino clínico também influenciam a aprendizagem. A proatividade, a forma como se relacionam com o outro e os sentimentos (positivos ou negativos), podem ser facilitadores ou dificultadores neste processo (Silva et al., 2011).

Percebemos, então, que a forma como o enfermeiro orientador acolhe e integra o estudante no serviço, a forma como decorre a preparação e planeamento do ensino clínico, o grau de envolvimento do enfermeiro orientador, o próprio contexto de prática clínica, a forma como se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem em contexto e as próprias características e comportamentos do enfermeiro orientador e do estudante influenciam a aprendizagem dos estudantes em ensino clínico.

Rua (2009), numa investigação que realizou, identificou fatores facilitadores do desenvolvimento de competências do estudante em ensino clínico de acordo com a perspectiva bioecológica de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Morris, 1998) e do seu Modelo PPCT (Pessoa, Processo, Contexto e Tempo). Em relação à Pessoa, a autora identificou os seguintes fatores facilitadores do desenvolvimento de competências: a capacidade para se envolver em atividades de complexidade crescente; a motivação para se envolver; a maturidade na interação; e as características da procura (Rua, 2009). Relativamente ao Processo, os processos proximais, que pressupõem o envolvimento do estudante, a reciprocidade nas relações interpessoais e o estímulo da atenção, exploração, manipulação e imaginação do estudante, foram aspetos referenciados como facilitadores do desenvolvimento de competências. A regularidade e

duração do ensino clínico e a complexidade progressiva das atividades foram também aspetos que emergiram (Rua, 2009). No Contexto emergiram as relações diretas entre estudantes, pessoas e meio (incluindo atividades, papéis e interação), a participação multicontextual e do conhecimento intercontextual, o relacionamento interinstitucional, a organização dos ensinos clínicos, do currículo do curso e do contexto sociopolítico. Em relação ao Tempo, a autora identificou a continuidade *vs* descontinuidade dos processos proximais e a periodicidade dos ensinos clínicos.

Oliveira (2012), na investigação que desenvolveu com o intuito de implementar um modelo de orientação de estudantes de Enfermagem em ensino clínico (Serviço-Escola), enumerou dificuldades no processo de orientação, que se centravam em:

- Relacionamento interpessoal entre enfermeiro orientador e docente (Amendoeira, 1994; Belo, 2003; Fonseca, 2004) e destes com o estudante (Morna, 1995; Cruz, 1996; Belo, 2003; Fonseca, 2004);
- Défice de conhecimentos e de competências formativas dos enfermeiros orientadores sobre o processo de supervisão em ensino clínico (Belo, 2003; Fonseca, 2004);
- Desvalorização da função de enfermeiro orientador pela equipa de Enfermagem (Simões, 2004) e ausência da definição de papéis, normas e acordos institucionais (Franco, 2000);
- Diferentes modelos de cuidar (contextos de prática clínica *vs* estabelecimentos de ensino) (Amendoeira, 1994) e divergências entre a teoria e a prática (Belo, 2003);
- Dificuldades de comunicação entre os estabelecimentos de ensino e os contextos de prática clínica (Simões, 2004);
- Sobrecarga do serviço (Simões, 2004) e falta de recursos materiais e humanos (Belo, 2003).

Também Amaral e Deodato (2014a) – numa revisão integrativa da literatura cujo objetivo foi descrever os fatores que dificultam a articulação entre os estabelecimentos de ensino e as instituições de saúde – encontraram dificuldades relatadas pelos intervenientes (estudantes, enfermeiros orientadores, docentes e representantes das organizações) que foram agrupadas em seis categorias de fatores: institucionais, organizacionais, supervisivos, formativos, comunicacionais e profissionais. Destacamos

as dificuldades que emergiram relacionadas com a incapacidade manifestada pelo enfermeiro para a função de orientador (Amaral e Deodato, 2015):

- Falta de preparação pedagógica/formação e de experiência;
- Lacunas na preparação para a avaliação, criação de um ambiente de aprendizagem, atualização dos conhecimentos (programa/*curriculum*), aptidão para promover um feedback construtivo;
- Ausência/défice de comunicação intra e inter organizacional;
- Incompreensão dos colegas e relação com a equipa;
- Demissão dos enfermeiros da obrigação de formadores de pares;
- Desinteresse presente no enfermeiro orientador;
- Distanciamento entre os docentes e os enfermeiros orientadores (estabelecimentos de ensino/instituições de saúde);
- Ausência de disponibilidade e de tempo para a supervisão;
- Sobrecarga de trabalho com conseqüente falta de tempo disponível para orientar o estudante;
- Dificuldade de as equipas assimilarem os objetivos de ensino clínico dos vários estabelecimentos de ensino;
- Conhecimento inadequado do processo supervisivo, do plano curricular e dos estabelecimentos de ensino;
- Desfasamento entre a formação teórica adquirida e a realidade da prática profissional.

Borrallo-Riego et al., (2021) referem, no estudo que desenvolveram, que os enfermeiros orientadores e os estudantes concordam nos fatores que influenciam a orientação de estudantes, nomeadamente: o empenho do estudante na aprendizagem; a motivação do enfermeiro orientador para ensinar; as competências comunicacionais; a relação interpessoal entre ambos; o ambiente de aprendizagem; e a sobrecarga de trabalho.

Oliveira (2012), no estudo referenciado anteriormente, identificou propostas no sentido de melhorar o processo de supervisão, nomeadamente:

- Formação de enfermeiros orientadores (Cruz, 1996; Franco, 2000; Neves, 2002; Simões, 2004; Magalhães, 2006) relativamente a aspetos pedagógicos, curso, estabelecimentos de ensino (filosofia de formação, currículo do curso, normas de avaliação) (Franco, 2000), formação humana e autoconhecimento (Neves, 2002);

- Reflexão conjunta entre docentes e enfermeiros orientadores no planeamento das atividades de ensino clínico e acerca da prática profissional (Amendoeira, 1994; Simões, 2004; Cardoso, 2005);
- Maior envolvimento e reconhecimento no processo pela partilha de conhecimentos, metodologias, planeamento e avaliação (Simões, 2004);
- Seleção dos enfermeiros orientadores (Cruz, 1996; Franco, 2000; Neves, 2002; Magalhães, 2006). Franco (2000) sugere um concurso documental com entrevista (critérios: motivação, formação, experiência profissional, trabalhos realizados), apreciada por um júri (elementos do estabelecimento de ensino e contexto da prática clínica) e sugere, ainda, a inclusão na avaliação do desempenho dos enfermeiros de itens relacionados com a sua prestação ao nível da orientação de estudantes em ensino clínico;
- Desenvolvimento de parcerias entre os estabelecimentos de ensino e os contextos de prática clínica, que poderão incluir trabalhos de investigação (Magalhães, 2006);
- Adequação do ensino teórico ao ensino clínico (Amendoeira, 1994), diminuindo o desfasamento entre a teoria e a prática (Cruz, 1996; Neves, 2002; Simões, 2004; Simões et al., 2008);
- Maior definição das funções do docente e do enfermeiro orientador (Franco, 2000; Neves, 2002);
- Aumento do tempo de permanência dos docentes nos contextos de prática clínica (Fonseca, 2004);
- Melhoria do rácio docente/estudante de Enfermagem (Neves, 2002; Fonseca, 2004);
- Estabelecimento de contrapartidas adequadas para os enfermeiros orientadores (Neves, 2002; Magalhães, 2006);
- Diminuição do número de locais de ensino clínico por cada docente (Fonseca, 2004).

Com o objetivo de descrever as medidas para melhorar a articulação entre os estabelecimentos de ensino e as instituições de saúde, Amaral e Deodato (2014b), numa revisão integrativa da literatura, identificaram seis categorias: institucionais, organizacionais, supervisivas, formativas, comunicacionais e profissionais. Estas medidas foram sugeridas pelos estudantes, enfermeiros orientadores, docentes,

estabelecimentos de ensino, instituições de saúde e também por outras revisões de literatura. Destacamos as medidas que podem melhorar a incapacidade manifestada pelo enfermeiro para a função de enfermeiro orientador (Amaral e Deodato, 2015):

- Reconhecimento das capacidades profissionais dos enfermeiros aproveitando toda a sua potencialidade;
- Motivação e orientação dos enfermeiros orientadores nos métodos de ensino, no conhecimento do contexto e do estudante de Enfermagem;
- Formação na área da supervisão;
- Treino de competências supervisivas e de práticas reflexivas;
- Formação sobre os conteúdos teóricos do plano de estudos e de preparação de ensino clínico;
- Reuniões de preparação e planeamento do ensino clínico, entre a equipa pedagógica e os enfermeiros orientadores, para se articularem estratégias a desenvolver para a formação dos estudantes e clarificar os papéis dos vários intervenientes;
- Criação de espaços e promoção de momentos de reflexão (docente/enfermeiro orientador) ao longo do ensino clínico;
- Troca de experiências e de conhecimentos entre estabelecimentos de ensino/contextos de prática clínica;
- Promoção, elaboração, desenvolvimento e implementação de programas/projetos de formação e de investigação interinstitucionais, tendo em conta as necessidades formativas de ambos os parceiros e dos enfermeiros orientadores;
- Formalização de diretrizes sobre as funções dos vários intervenientes (enfermeiros orientadores, estabelecimentos de ensino e instituições de saúde) e os critérios de seleção dos enfermeiros orientadores;
- Integração de outros elementos da equipa de Enfermagem como enfermeiros orientadores;
- Atribuição de compensações aos enfermeiros orientadores de forma a aumentar a motivação.

Borrallo-Riego et al. (2021) referem que os estudantes mencionam estratégias de melhoria a adotar pelo enfermeiro orientador, nomeadamente: demonstração de motivação para o ensino; desenvolvimento de competências comunicacionais e

feedback; e promoção de um ambiente de trabalho tranquilo e sem manifestação de pressão.

### *Síntese*

A aprendizagem em ensino clínico pressupõe um processo em que o estudante, principal agente, integra conhecimentos e mobiliza os seus recursos para transformar a experiência em ação. Nesta interação do estudante com o contexto de prática clínica, neste confronto entre o meio interno e o externo, o estudante constrói uma aprendizagem significativa para ele. A experiência vivenciada enriquece o saber, desenvolve competências na ação, promove a autonomia e permite transpor esse saber para outros contextos.

Neste processo é fundamental a reflexão *na* e *sobre* a ação, que pressupõe a articulação da teoria adquirida com os saberes adquiridos através da ação para a produção de novo conhecimento.

O enfermeiro orientador tem uma importância fundamental na criação de espaços e de momentos de reflexão. O estabelecimento de uma relação eficaz, a partilha de conhecimento e experiências, a promoção de oportunidades de aprendizagem, o estímulo para a capacidade de resolução de problemas e para a tomada de decisão são essenciais para a promoção da autonomia da capacidade para agir e da reflexão *na* e *sobre* a ação das experiências vivenciadas.

É também importante a motivação do enfermeiro orientador para a função e o conhecimento da fase e do estilo de aprendizagem do estudante, por forma a criar estratégias auxiliaadoras no processo de orientação.

Encontrámos vários aspetos que influenciam a aprendizagem do estudante de Enfermagem em ensino clínico, nomeadamente relacionados com o acolhimento, a preparação e o planeamento do ensino clínico, o envolvimento do enfermeiro orientador, o próprio contexto de prática clínica, a forma como se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem e as características e comportamentos do enfermeiro orientador e do estudante. Nesta função que o enfermeiro orientador assume como suporte à aprendizagem do estudante em ensino clínico, é imprescindível que o mesmo conheça, para além dos aspetos que influenciam a aprendizagem, os fatores que

influenciam o desenvolvimento de competências dos estudantes, e as dificuldades relatadas sobre o processo de orientação de estudantes e sobre a articulação interinstitucional (estabelecimentos de ensino/instituições de saúde). O enfermeiro orientador deve também conhecer as propostas de melhoria do processo de orientação e da articulação interinstitucional (estabelecimento de ensino/instituições de saúde) para desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem adequadas às necessidades e dificuldades dos estudantes, dos contextos de prática clínica e das instituições.

#### **4. COMPETÊNCIAS**

Nos capítulos anteriores abordámos a evolução do ensino de Enfermagem para um modelo baseado em competências, contextualizámos o ensino clínico no CLE e os modelos de acompanhamento em ensino clínico, e recordámos a função do enfermeiro orientador e a sua importância na aprendizagem do estudante em ensino clínico.

Importa agora abordarmos de forma mais pormenorizada o conceito de competência, o processo de desenvolvimento de competências e como o mesmo ocorre na disciplina de Enfermagem.

O termo competência deriva do latim, *competens*, que significa “[...] o que vai com... o que é adaptado a [...]” (Alarcão & Rua, 2005, p. 375). O conceito de competência tem sido utilizado nos mais diversos domínios disciplinares, traduzindo uma diversidade de abordagens, o que torna difícil o mesmo ser entendido de forma clara e consensual. Este termo terá surgido, inicialmente, na língua francesa (século XV), designando a autoridade e legalidade de certas instituições para resolver determinados problemas (Dias, 2010). O seu significado foi alargado no século XVIII para o nível individual, designando uma capacidade devida ao saber e à experiência. Na área da Psicologia, o conceito aparece por Noam Chomsky (década de 50, do século XX), em trabalhos científicos, significando a faculdade inata de falar e compreender uma língua (Perrenoud, 2005). O mesmo autor distingue competência de desempenho, percebendo a primeira como aquilo que a pessoa pode realizar idealmente devido ao seu potencial biológico e o segundo como um comportamento observável. A partir da década de 1970, este conceito surge associado à qualificação profissional, ligado a um posto de trabalho e associado a uma organização. Neste contexto, a competência é compreendida

como uma forma de flexibilização laboral e de diminuição da instabilidade do emprego (Dias, 2010). Na área da educação, este conceito surgiu com a preocupação da escola para formar em competências (Perrenoud, 2000) e tem aparecido como alternativa a aptidão, potencialidade, capacidade, habilidade, conhecimento ou *savoir-faire*, sendo o que permite à pessoa, em processo de aprendizagem, enfrentar e regular, de forma adequada, um conjunto de tarefas e de situações educativas (Dias, 2010).

#### 4.1 – Conceito e Processo

Canário (2003) menciona cerca de 120 definições do conceito de competência nas duas últimas décadas. Apresentaremos, em seguida, algumas definições do conceito, num âmbito global, suportadas por diversos autores, de diferentes disciplinas.

Benner (1982) considera a competência como a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade.

Para Estrela et al. (1991) o conceito de competência abrange um vasto conjunto de conhecimentos, de saberes-fazer e de atitudes, necessários às situações educativas e fundamentais para a resolução de problemas e para a promoção de atitudes reflexivas.

Spencer e Spencer (1993) falam da competência como uma característica intrínseca à pessoa que apresenta uma relação de causalidade com critérios de referência de efetiva e superior performance, numa determinada tarefa ou situação. Bellier (1999, p. 244) refere que a competência “[...] permite agir e/ou resolver problemas profissionais de forma satisfatória num contexto particular ao mobilizar diversas capacidades de maneira integrada”.

Segundo Perrenoud (1999), uma competência é uma faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações...) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações complexas. É um saber em ação, que exige integração, mobilização de conhecimentos, processos e predisposições que, ao serem incorporados, vão permitir à pessoa fazer, pensar e apreciar, para a resolução pertinente e eficaz de uma série de situações (Perrenoud, 1999, 2000).

Pires (2000) define competência como um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e de comportamentos estruturados em função de uma funcionalidade, perante um

determinado tipo de situações. A noção de competência pode ser entendida como um conjunto de saberes associados à formação inicial e à experiência de ação adquirida ao longo do tempo. A mesma autora, em 2002, considera a competência como um “[...] resultado de uma soma de comportamentos fragmentados e atomizados [...]” em que se valoriza o resultado final. As competências fazem parte do processo de desenvolvimento do adulto, pois estas se adquirem, desenvolvem e atualizam, ao longo da vida, por processos de aprendizagem numa diversidade de contextos (Pires, 2002, p. 234).

Abreu (2001) descreve que o desenvolvimento de competências põe em jogo uma diversidade de comportamentos profissionais e sociais, que correspondem a capacidades relacionais, criativas e transformativas, e que implicam a totalidade da pessoa: personalidade, identidade, comportamento e afetividade.

Cruz (2001) define competência como um conceito que aloja saberes, atitudes e valores, que se consolida numa ação, ou conjunto de ações adequadamente articuladas, abraçando vários domínios: do *self* (saber-ser), cognitivo (saber formalizado) e comportamental (saber-fazer). Este autor, assim como Alves (2005), consideram que este conceito é constituído por um conjunto de saberes, de saberes-fazer e de atitudes que podem ser mobilizadas e traduzidas em performances, e perspectiva a competência como uma capacidade que as pessoas desenvolvem de articular e relacionar os diferentes saberes, e como uma ação cognitiva, afetiva e social, observável nas práticas que são exercidas sobre o conhecimento, sobre o outro e sobre a realidade.

Na perspectiva de Alarcão (2001) a competência “concebe-se como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes e revela-se no nível de desempenho adequado às circunstâncias. Não se manifesta apenas num aspecto específico. Reconhece-se pela presença de um conjunto de relações que estão na base de um exercício competente da profissão. É a capacidade global da pessoa manifestada na acção e na situação” (pp. 53-54). Para a autora, a competência manifesta-se no desempenho competente.

Para Jonnaert (2002) a competência é a capacidade reconhecida de uma pessoa desempenhar uma determinada função ou profissão, considerando as relações que se estabelecem entre os conhecimentos da pessoa que age e a ação, e o contexto da mesma (interpretação, preparação controlo). A competência está associada a uma perspectiva

construtivista, pois dá espaço à pessoa para mobilizar uma séria de recursos (cognitivos, afetivos, sociais, contextuais, sensoriais e motores) para tratar de forma mais eficaz uma situação complexa com que é confrontada, adotando um olhar crítico sobre os resultados da sua ação.

Para Roldão (2003), a competência emerge quando, perante uma situação, a pessoa tem capacidade de mobilizar adequadamente diferentes conhecimentos que já possui, selecionando-os e integrando-os de uma forma ajustada ao problema. A competência exige então uma apropriação sólida e vasta de saberes (noções, conhecimentos, informações, procedimentos, métodos e técnicas), para que a pessoa os possa convocar de uma forma adequada.

Le Boterf (2005) dispõe a competência num cômputo com três caminhos formados pelo sujeito, pela sua formação educacional e pela sua experiência profissional. Refere ainda que a competência combina aprendizagens sociais e comunicacionais sustentadas pela aprendizagem, pela formação e, posteriormente, pelo sistema de avaliações. Segundo este autor: competência é um saber agir responsável e que é reconhecido pelos outros. Implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades, num contexto profissional determinado.

Alarcão e Rua (2005) consideram a competência como a capacidade de agir em situação, o que inclui uma resposta articulada entre o que fazer, a quem, porquê e para quê, e que o profissional conheça os limites do seu saber, ou seja, o seu não saber, de forma a evitar intervenções erradas. O conhecimento dos seus limites é fundamental para uma aprendizagem ao longo da vida.

Ceítal (2006) refere que o termo competência tem sido visto, por vezes, como uma atribuição, outras vezes, como uma qualificação, ou ainda como um traço e/ou característica pessoal, ou como uma ação, comportamento, considerando as características extra-pessoais (atribuições e qualificações) ou as intra-pessoais (traços e/ou características pessoais, ações e comportamentos).

Sá-Chaves (2007) define competência de uma forma simples e objetiva como “[...] acto de bem fazer e de fazer bem [...]” (p. 1004). A mesma autora, em 2000, refere que a competência está implícita em cada ato, o que se traduz num desempenho eficaz e eficiente adequado ao contexto/meio e às circunstâncias em que se desenvolve a ação, sendo esta suportada por saberes científicos e profissionais. Pode ter dois sentidos: um

associado aos comportamentos específicos ou ao desempenho (que pode ser observado, demonstrado e avaliado) e outro referente ao domínio dos conhecimentos e de capacidades (*skills*), onde se supõe que haja uma intenção prévia ao comportamento ou ao desempenho.

Boyatzis (2008) refere que a competência se traduz como capacidade ou habilidade, sendo um conjunto de comportamentos relacionados, mas diferenciados e organizados em torno de um construto subjacente, ao qual o autor chama de “intento”.

A União Europeia defende que a competência é uma combinação de conhecimentos, capacidades e atitudes adequadas ao contexto (Estella & Vera, 2008). O conceito de competência é definido no Modelo de Desenvolvimento Profissional, como “[...] saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta” (OE, 2009, p. 11). A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere-se a um nível de desempenho profissional que demonstre uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, que inclui o ajuizar (OE, 2003).

O conceito de competência deve ser distinguido do conceito de qualificação. Este remete-nos para o reconhecimento das capacidades requeridas para o exercício de uma determinada função ou profissão, associado à atribuição de um diploma de formação inicial (Le Boterf, 2003). Perrenoud (1999) refere que a noção de qualificação tem permitido pensar as exigências dos postos de trabalho e as disposições requeridas para as pessoas que ocupam esses postos. Para Jonnaert (2002), a qualificação é descontextualizada e prescritiva, pelas qualidades, saber e saber-fazer a adquirir em formação para ser qualificado para uma profissão. A qualificação certifica que a pessoa dispõe de determinados recursos para a construção de competências, mas não significa que essa pessoa saiba agir com competência (Le Boterf, 2003).

O conceito de competência, que acompanha o conceito de profissionalismo, só ganhou importância durante a década de 1980. Para Le Boterf (2003, p. 37), “o profissional é aquele que sabe administrar uma situação profissional complexa [...]”, detentor de conhecimentos e habilidades que são reconhecidos e valorizados no mercado de trabalho. Pede-se ao profissional que, considerando o objetivo e as regras, elabore e conduza um projeto, atendendo às características objetivas e às diversas imposições da complexidade de um problema (Le Boterf, 2003). A competência está sempre associada a um sistema de avaliação, ainda que o que seja avaliado não seja a competência em si,

mas o que se designa por competência (conceitos, instrumentos, regras) (Le Boterf, 2006). A avaliação de competências não diz respeito ao adquirido, mas ao processo, a uma sequência de sucessivas explicações, interações e hesitações. Para avaliar competências é necessário observar a pessoa a lidar com tarefas complexas (Perrenoud, 1999).

A administração competente de uma situação profissional complexa implica: saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; e saber envolver-se (Le Boterf, 2003). Importa agora esmiuçar, de acordo com o mesmo autor, estes aspetos tão importantes no processo de construção de competências.

#### Saber agir com pertinência

O profissional, para agir com pertinência, tem de anteciper uma situação. A observação precisa de sinais percussivos. A interpretação da situação e a capacidade de julgamento são fundamentais para a tomada de decisão, negociação, inovação e para o assumir riscos e responsabilidades, em situações de crise, de urgência e de instabilidade. Saber agir é saber o que fazer. A competência é então uma ação concluída com uma determinada finalidade e um determinado significado para o profissional. É uma disposição para agir de modo pertinente em relação a uma situação, que exige saber coordenar operações e não somente a sua aplicação (Le Boterf, 2003).

Estabelecendo uma analogia para a Enfermagem, o enfermeiro – para agir com pertinência – deve gerir a situação sem estar preso a normas, procedimentos, algoritmos, estando por isso no estágio de desenvolvimento socioprofissional de perito, de acordo com Benner (2001). Segundo a autora o perito “[...] já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado [...]” (p. 58). Ele tem “[...] uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de diagnósticos estéreis [...]” (p. 58), agindo a partir de uma profunda compreensão da situação.

### Saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional

O profissional é detentor de recursos preexistentes, individuais (saber, capacidades, valores, significados, crenças, comportamentos) e sociais (rede organizacional, profissional e relacional), que influenciam a percepção de uma situação (Le Boterf, 2003). Quase todas as ações mobilizam conhecimentos, algumas vezes estes são rudimentares e dispersos, outras vezes são complexos e estruturados. Construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes (Perrenoud, 1999). Os recursos são mobilizados (operacionalizados, transformados e reconstruídos) para a passagem à ação num determinado contexto (Le Boterf, 2003), sendo esta mobilização realizada com discernimento, considerando um julgamento pertinente da situação (Perrenoud, 1999). O profissional é assim produtor de competências que emergem da instrumentalização de saberes e capacidades, concretizadas na ação e num determinado contexto. A competência é assim finalizada e contextualizada e é aprendida com o tempo, sendo posteriormente o profissional reconhecido como competente num determinado contexto (Le Boterf, 2003).

O exercício da profissão de Enfermagem implica esta mobilização de saberes em rede, pois a maioria das situações são exercidas pelo trabalho de equipa e o processo de conhecimento e de compreensão é norteado por sistemas de valores e de significados partilhados pelos elementos da mesma.

### Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogéneos

Perante uma situação, o profissional constrói esquemas operatórios para identificar uma tarefa/problema, para uma família de situações. A construção destes esquemas implica a estruturação, reestruturação, síntese, interação e posterior combinação dos recursos disponíveis. A riqueza desta combinação depende da diversidade e multiplicidade dos recursos. A heterogeneidade a nível educacional, de formação e de experiência profissional podem potenciar a arquitetura combinatória do profissional. A competência não é da ordem da realização, mas sim da atualização em diferentes contextos. A atualização que a caracteriza é uma construção cognitiva (Le Boterf, 2003).

O enfermeiro em exercício, num determinado contexto, perante uma situação complexa, deve saber integrar e combinar os recursos adequados, identificando e analisando a

situação, de forma a construir esquemas de ação e intervenções adequadas à situação, não se limitando apenas à mera execução de tarefas, por imitação, ou com base nas normas e protocolos pré-estabelecidos.

### Saber transpor

A capacidade para transpor do profissional provém de pelo menos três fatores: da capacidade de distanciamento e análise dos seus procedimentos; da riqueza da sua experiência, do seu percurso profissional e extraprofissional; e da intenção de abordar novas situações, para que elas revelem características que irão permitir a aplicação do que já é conhecido e dominado. Esta capacidade depende do espólio de equipamento cognitivo gerado como uma instrumentalização. O profissional deve reconhecer isomorfismos na estrutura dos problemas e perceber se a situação, no seu conjunto, é possível de ser transferível (Le Boterf, 2003).

A reflexão sobre as práticas reais, que ocorre por abstração e conceitualização, permite reinvestir nas suas experiências em situações diversas. Este processo de reflexão tem de ser consciente e permite o reconhecimento de um problema, a sua classificação em contexto e a identificação dos indicadores do contexto, que tornam o profissional capaz de aprender a aprender, permitindo a resolução de várias categorias de problemas. Os indicadores do contexto são colocados na via das transferências e analogias possíveis por generalização ou modelização. A transferência pode ser lateral (por generalização a uma categoria de problema do mesmo tipo) ou vertical (por transposição sobre casos mais complexos) (Le Boterf, 2003).

É necessário um nível certo de abstração para raciocinar com as variáveis não específicas, para extrair as invariantes e serem construídos esquemas flexíveis estáveis, que são a garantia da estabilidade da competência (Perrenoud, 1999; Le Boterf, 2003). Estes esquemas flexíveis estáveis permitem enfrentar situações com pequenas variações, com uma certa eficácia, à custa da acomodação integrada na ação, sem tomada de consciência ou reflexão. Os esquemas sustentam a ação e são adquiridos pela prática, ainda que possam ser apoiados em teoria. Conservam-se no estado prático, sem que a pessoa tenha a consciência explícita da sua existência e muito menos da sua criação ou funcionamento. Estes esquemas permitem mobilizar os recursos para fazer face a uma

situação, exigindo uma série de operações mentais de alto nível. A competência pode envolver vários esquemas de percepção, pensamento, avaliação e ação (Perrenoud, 1999).

A abstração reflexiva, o raciocínio por analogia e a transdução são ferramentas muito convenientes, assim como a capacidade de memorizar os esquemas de raciocínio e de os mobilizar de forma consciente (Le Boterf, 2003). A reflexão é considerada como elemento central nas competências mais valorizadas, mas depende sempre dos esquemas flexíveis, pois o controlo da reflexão na ação, a tomada de consciência e o pensamento formal passam pela implementação de esquemas de pensamento, avaliação e julgamento (Perrenoud, 1999). A aptidão de apreender o potencial de transferibilidade, no profissional experiente, remete-nos para o *insight*, para a capacidade de reconhecer de imediato os esquemas. A acuidade é uma das competências que distingue o profissional experiente, pois quem sabe transpor melhor é quem consegue elevar os seus conhecimentos num determinado contexto, de forma a que a sua formalização possibilite a transposição para outros contextos. As competências devem ser cada vez mais transponíveis para outros contextos e devem perdurar e exercer-se sempre que surja um problema (Le Boterf, 2003).

Na Enfermagem, a reflexão sobre as práticas é fundamental, pois permite a identificação dos aspetos comuns das situações vivenciadas e a construção de esquemas flexíveis estáveis, que podem ser transferidos para outras situações complexas ou até mesmo ser mobilizados para outras competências.

#### Saber aprender e aprender a aprender

O profissional é o produto do seu percurso biográfico e profissional. A experiência é a segunda via de aquisição de conhecimentos. O reconhecimento da especificidade da experiência (contexto, atores, objetivos, problemas e os imprevistos) pode ser uma fonte de aprendizagem, se for formalizada, pois permite descobrir e tratar as analogias entre experiências realizadas em contextos distintos. Pela reflexão na ação, das experiências vivenciadas, o profissional tem uma oportunidade de criar saber. É um saber adicionável, prático e fundamentado em validação das teorias subjacentes. Este trabalho reflexivo e retroativo permite construir modelos operatórios (utilizando a indução, a dedução, a abdução, a construção e validação de hipóteses, a generalização...) para serem aplicados na ação (Le Boterf, 2003). Por vezes a assimilação ocorre de forma

instantânea, mas outras vezes necessita de tempo e trabalho mental consciente para essa apreensão. Perrenoud (1999) sustenta que a competência consiste mais em detetar progressivamente as analogias menos visíveis, considerando a repetição das experiências anteriores e a criatividade da pessoa, iniciando-se um trabalho de transferência para uma situação nova que está a ser vivenciada (Perrenoud, 1999). O profissional não é somente capaz de aprender, mas de aprender a aprender, num tempo de aprendizagem e de autorrealização (Le Boterf, 2003).

A reflexão na ação, de uma forma intencional e consciente, por parte dos enfermeiros, permite a criação de saber, pela construção de modelos operatórios, que possibilitam dar resposta a novas situações, usando a criatividade e inventando novos saberes e técnicas produzidos num determinado tempo e contexto de ação.

#### Saber envolver-se

A competência é um atributo do sujeito. Ele tem de querer agir para poder e saber agir, ou seja, tem de haver uma implicação afetiva na situação, com iniciativa e elaboração de propostas. A sua personalidade e ética influenciam a avaliação da situação, quer pela coragem que demonstra, quer pelos recursos pessoais que está disposto a investir, quer pelas suas intenções e impulsos subjacentes ao seu sistema de valores, que influenciam a tomada de decisão. O seu envolvimento cria confiança nos outros e manifesta comprometimento, mas, por outro lado, assume riscos cognitivos (erro na representação), operatórios (erro na execução) e a responsabilização pela tomada de decisão. O envolvimento individual na construção de competências só tem sentido e pertinência considerando o envolvimento coletivo (Le Boterf, 2003).

Na Enfermagem, o envolvimento contextualizado do enfermeiro permite ir ao encontro das reais necessidades do doente, dando sentido às suas intervenções e cuidados.

Para que haja uma administração competente de uma situação profissional, pede-se ao profissional que saiba navegar na complexidade, considerando os recursos disponíveis (Le Boterf, 2003). Perrenoud (1999) refere que nenhum recurso pertence, em exclusivo, a uma competência, pois pode ser mobilizado por outras competências. O autor acrescenta que uma competência pode funcionar como recurso, quando mobilizada para

competências mais amplas. Percebe-se, então, a importância que os recursos têm para que o agir com competência.

Considerando o descrito por Le Boterf (2003), passamos a especificar os recursos passíveis de serem mobilizados para a ação. O autor distingue dois conjuntos de recursos: uns integrados na pessoa (conhecimentos, habilidades, experiências, capacidades cognitivas e recursos emocionais...) e outros associados ao meio (bancos de dados, redes de especialistas, redes documentais...). A competência surge da capacidade de usar esta dupla instrumentalização de forma pertinente na ação, utilizando o saber combinatório (Le Boterf, 2003).

Os **recursos pessoais** são agregados à pessoa e incluem o saber, saber-fazer, aptidões ou qualidades, recursos emocionais e fisiológicos, e as experiências vivenciadas e acumuladas (Le Boterf, 2003).

O saber engloba o saber teórico, o saber do meio, e os saberes associados aos procedimentos.

O saber teórico (conceitos, conhecimentos disciplinares, organizacionais e racionais) permite entender uma situação, descrevendo e explicando os seus componentes/estrutura e percebendo o seu sentido. É um saber não ativo, que permite orientar a ação, na sua maioria difundido pela escola e pela formação (Le Boterf, 2003).

O saber do meio (organizacional, social, sobre os processos, materiais e produtos) é relativo ao contexto no qual o profissional intervém. A competência só existe quando colocada em ação num determinado contexto, e esse saber sobre o contexto é essencial para que o profissional se adapte à contingência das situações, ajustando as suas decisões e antecipando as reações. Este saber de contextualização pode ser mais ou menos formalizado consoante o seu objetivo (Le Boterf, 2003).

Os saberes associados aos procedimentais (procedimentos, métodos, modos operatórios) propõem um guia de instruções de como deve ser feito, como proceder para uma determinada ação (Le Boterf, 2003).

Perrenoud (1999) descreve três tipos de conhecimentos: declarativos (descrevem a realidade sob a forma de leis, constantes, regularidades e factos), procedimentais (descrevem o procedimento a aplicar para obter um resultado) e condicionais (determinam as condições de validade dos conhecimentos procedimentais).

O saber-fazer abrange o saber-fazer formalizado, empírico, relacional e cognitivo.

O saber-fazer formalizado (condutas, métodos e instrumentos) corresponde ao profissional saber dominar a aplicação na prática do saber (Le Boterf, 2003).

O saber-fazer empírico é o saber oriundo da ação, aquele que se adquire durante a ação, por intermédio da experiência prática repetida. É um saber contextualizado e contingente, que considera o que a teoria negligencia. É um saber operatório e instável, às vezes caracterizado como endógeno, pois provém da resolução de problemas singulares, limitado a situações particulares e, portanto, pouco generalizável. Le Boterf (2005) refere “encapsulados na ação, esses saber-fazer empíricos servem sem que saibamos como” (p. 114). É um saber adquirido através do tempo de experiência profissional e resulta da aplicação do ciclo de aprendizagem experiencial de Kolb e Kolb (2013). A partir da reflexão sobre uma experiência concreta, ocorre abstração e conceitualização, que poderá ser reinvestida numa nova experiência profissional (Le Boterf, 2003).

O saber-fazer relacional refere-se ao saber comportar-se, relacionar-se e conduzir-se de modo eficaz com outros, num contexto profissional particular, tendo como função última saber cooperar (Le Boterf, 2003; Sapeta, 2013; Simões & Borges, 2013).

O saber-fazer cognitivo corresponde a operações de cariz intelectual fundamentais para a resolução de situações, elaboração de projetos, criatividade e tomada de decisão. Neste processo são desenvolvidos raciocínios, que estão relacionados aos contextos, e que dependem das condicionantes do mesmo, das características da situação e dos recursos disponíveis na memória do profissional. A produção de inferências pode ocorrer por indução, abstração reflexiva, generalização, dedução, abdução, transdução, metáfora, analogia e metonímia. A produção de inferências é auxiliada pela capacidade de memorização e de utilização de esquemas. O saber fazer cognitivo atua na resolução de problemas (Le Boterf, 2003).

As aptidões ou qualidades são recursos mais complexos de descrever ou revelar, mas que não devem ser descuidados. Algumas das qualidades esperadas num profissional são: rigor (respeito pelos procedimentos ou controlo de resultados), curiosidade (pela procura de informação) e antecipação (elaboração de projetos e deteção de incidentes) (Le Boterf, 2003). Perrenoud (1999) menciona também atitudes e posturais mentais que podem surgir, quer pela formação, quer pela experiência, tais como: curiosidade,

paixão, procura de significado, desejo de produzir laços, relação com o tempo, forma de unir a razão com a intuição, cuidado, audácia, intuição, julgamento clínico, *savoir-faire* e outras capacidades que permitam antecipar, correr riscos, decidir, ou seja, agir em situação de incerteza. Cada vez são mais importantes, no exercício de uma profissão, as chamadas competências comportamentais: capacidade de escuta, atitudes no acolhimento, capacidade de iniciativa, tenacidade e a autoconfiança (Le Boterf, 2003).

As reações emocionais podem constituir uma barreira e um risco, mas também podem ser uma vantagem. As capacidades emocionais de uma pessoa fornecem orientações que permitem fazer a opção entre várias variáveis, reduzindo as alternativas e facilitando a tomada de decisão num tempo restrito. A improvisação e a intuição encontram aqui, pelo menos em parte, uma explicação (Le Boterf, 2003).

Os **recursos do meio**, exteriores ao profissional, são constituídos por instalações, equipamentos, manuais de instruções, informações, competências dos pares/equipa e bases de dados, de redes relacionais, de cooperação científica e de peritos (Le Boterf, 2003, 2006). A competência necessita dos recursos do meio para se concretizar (Le Boterf, 2003), não se conseguindo ser competente sozinho e de forma isolada (Le Boterf, 2006).

A construção de competências, para Perrenoud (1999), é inseparável da formação de esquemas de mobilização de recursos com discernimento, com vista a uma ação eficaz num tempo real. Estes esquemas de mobilização dos diversos recursos cognitivos, para uma situação complexa, constroem-se com treino, na renovação das experiências e desenvolvem-se e estabilizam-se na prática. O treino só é possível se a pessoa tiver tempo para viver e analisar a experiência (Perrenoud, 1999).

A qualidade das competências dependerá, em parte, da qualidade da combinação entre os recursos pessoais e os recursos do meio mobilizados. A competência situa-se, cada vez mais, naquilo que Jacques Girin chama de *ordenamentos operacionais*, onde estão associados elementos heterogêneos (pessoas, equipamentos, objetos e espaços) (Le Boterf, 2003).

## *Síntese*

O conceito de competência tem sido utilizado nos mais diversos domínios disciplinares, transportando diversidade na sua definição.

Identificamo-nos com a definição de Le Boterf (2003) que considera a competência no cruzamento de três eixos: a pessoa com a sua história biográfica e processos de socialização; a educação; e a experiência profissional. Baseados neste e noutros autores como Perrenoud (1999), Cruz (2001) e Roldão (2003), consideramos a competência como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional, sujeito a um sistema de avaliação. Implica saber selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, informações, predisposições, procedimentos/técnicas, métodos, processos, recursos, habilidades, considerando as aprendizagens pessoais (biografia e socialização), a formação educacional (saberes, valores e atitudes) e a experiência profissional.

Para que haja uma gestão competente de uma situação, o profissional deve saber navegar na complexidade (saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos; saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; e saber envolver-se) considerando os recursos disponíveis (pessoais ou do meio).

A competência emerge na capacidade de usar os recursos de forma apropriada na ação. Esta ação está sempre inserida num contexto profissional, que por si só é um campo de possibilidades para o desenvolvimento de competências.

## 4.2 – Desenvolvimento de competências em Enfermagem

No âmbito socioprofissional da Enfermagem, e de acordo com a Deontologia Profissional de Enfermagem (2015b), o enfermeiro é o profissional com reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais aos indivíduos, grupos e comunidade.

O perfil de saída de um diplomado em Enfermagem pressupõe a aquisição de competências específicas (relativas a conhecimentos da área de Enfermagem) e as competências genéricas ou transferíveis (González & Wagenaar, 2008; Melo, 2012). As competências genéricas ou transferíveis podem ser: instrumentais (habilidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas); interpessoais (capacidades individuais de interação pessoal, social e de cooperação); e sistémicas (referem-se a uma abordagem holística do conhecimento) (González & Wagenaar, 2008).

Alarcão e Rua (2005) referem que a competência do enfermeiro se deve alicerçar num conjunto de características, entre as quais se destacam: personalidade equilibrada, humanista e responsável; conhecimentos científicos e técnicos sólidos e atualizados; capacidade de analisar fenómenos e situações de forma crítica, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar na equipa multidisciplinar; e uma atitude de aprendizagem ao longo da vida. Um profissional competente é aquele que evidencia qualidade no seu desempenho, aquele que proporciona qualidade de cuidados.

As mesmas autoras consideram que a competência profissional do enfermeiro envolve três sub-competências fundamentais: competência cognitiva; competência técnica; e competência comunicacional. A competência cognitiva implica, entre outros elementos, a identificação das necessidades da pessoa, a análise e interpretação da informação recolhida, a planificação dos cuidados de acordo com as prioridades identificadas, a justificação das intervenções de Enfermagem e a avaliação da situação clínica da pessoa. A competência técnica envolve a execução correta dos procedimentos, respeitando as respetivas normas, a destreza manual e a utilização do material adequado a cada situação. A competência comunicacional engloba o saber ouvir, a comunicação adequada às características da pessoa/família, a execução de ensinamentos apropriados, o registo sistemático da informação, a transmissão da mesma de forma pertinente e correta, e o estabelecimento de uma relação de ajuda (Alarcão & Rua, 2005).

Vários autores na disciplina de Enfermagem têm estudado os processos de supervisão em ensino clínico em Portugal. Oliveira (2012) faz essa síntese referindo que esses estudos incidiram apenas nos estudantes (Morna, 1995; Cruz, 1996; Neves, 2002; Belo, 2003), apenas nos enfermeiros (Simões, 2004; Cardoso, 2005), apenas nos professores (Amendoeira, 1994; Fonseca, 2004), nos enfermeiros e professores (Franco, 2000) e nos doentes, enfermeiros e estudantes (Magalhães, 2006). Os objetivos destes estudos centraram-se, de uma forma geral: na identificação dos meios para melhorar a supervisão, na identificação da estrutura da interação docente/estudante, na compreensão/caracterização do processo de supervisão, no conhecimento da perceção dos estudantes sobre a humanização em ensino clínico, na compreensão da influência do processo de cuidar na orientação; e na identificação de questões éticas da formação em ensino clínico.

Também têm sido desenvolvidos estudos em Portugal sobre as competências dos orientadores de ensino clínico, enfermeiros e docentes. Segundo Oliveira (2012), os sujeitos destes estudos foram professores (Nascimento, 2007), estudantes (Cordeiro, 2009; Martins, 2009), enfermeiros (Pereira, 2007; Serra, 2007; Soares, 2009), enfermeiros e estudantes (Paiva, 2008), e enfermeiros, estudantes e professores (Cruz, 2004). Os objetivos destes estudos prenderam-se com: a compreensão das vivências dos enfermeiros orientadores; a compreensão e conhecimento das perceções e representações sobre a supervisão; a identificação das características do enfermeiro orientador; e a identificação das aprendizagens dos enfermeiros orientadores (Oliveira, 2012).

Pires (2002) considera o processo de aquisição de competências como “[...] um processo dinâmico, integrativo, holístico, e em que a dimensão subjetiva (traduzida em parte por aspetos como a motivação, intencionalidade, autonomia), desempenha um determinante [...]” (p. 235).

O desenvolvimento de competências em Enfermagem assenta na experiência e na reflexão (Benner, 2001; Rua, 2009; Espada, 2013). A aquisição e evolução do desenvolvimento das competências do enfermeiro é baseada nas experiências vivenciadas e na forma como as mesmas são ensinadas (Benner, 2001).

A experiência inicia-se enquanto estudantes do CLE, em ensino clínico e nos contextos de prática clínica. Após a aquisição do título profissional de enfermeiro, a experiência

nos contextos continua a ser fundamental para o desenvolvimento socioprofissional do enfermeiro, como sustenta Patrícia Benner (2001), quando caracteriza a aquisição de competências em cinco estádios: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Como já foi referenciado em capítulo anterior, o ensino de Enfermagem em Portugal tem apontado para uma organização e formação em alternância. Martin (1991) refere que a alternância da formação prática em Enfermagem (ensino clínico) com a formação teórica (academia) é fundamental para a criação de competências. Tanto os estabelecimentos de ensino como as instituições de ensino têm enorme responsabilidade no desenvolvimento de competências do estudante, visto que o ensino clínico “[...] permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho [...]” (Matos, 1997, p. 9).

Malglaive (2003) refere que para se formar em alternância é preciso querer formar os indivíduos para o exercício de uma profissão, o que é coincidente com os objetivos da formação em Enfermagem. Perrenoud (1999) corrobora, referindo que nas formações profissionalizantes, onde se pretende formar para uma profissão, o confronto com a prática em contexto de trabalho com situações reais – que servem de ponto de partida para a reflexão – é assim denominado pelo desenvolvimento de competências de uma certa generalidade. Os diferentes saberes são complementares: o saber teórico equivale aos princípios que enquadram a ação, sendo independente das situações concretas. O saber prático está sempre associado a um determinado contexto, desenvolvendo-se ações específicas e adequadas a esse contexto, permitindo a resolução de problemas da prática quotidiana. Sendo assim, a prática assume-se como produtora de diferentes saberes devidamente contextualizados, ou seja, saberes que só se revelam quando são mobilizados perante situações concretas, adquirindo a forma de saberes socialmente reconhecidos, transmissíveis e transferíveis (Couceiro, 1996).

Carvalho (2003) refere que a formação em Enfermagem só se materializa quando os estudantes têm oportunidade de vivenciar situações de aprendizagem nos estabelecimentos de ensino e nas instituições de saúde (Carvalho, 2003). O ensino clínico, como já foi referenciado anteriormente, corresponde à componente prática do CLE, que decorre nos contextos de prática clínica das instituições de saúde. Ele surge

como uma entidade singular e relevante que, pelas práticas em contexto real de trabalho, permite desenvolver diversas competências conceptuais e operativas dos estudantes (Mestrinho, 2011). Matos (1997) e Fernandes et al. (2012) validam que o ensino clínico permite ao estudante o desenvolvimento de competências, necessárias ao exercício profissional de Enfermagem e à percepção das diferentes funções do enfermeiro.

Rua (2009), com os resultados da sua investigação, que teve o objetivo de compreender de que forma os estudantes desenvolvem as suas competências em contextos de ensino clínico, reforça a relevância dos mesmos para o desenvolvimento de competências. Correia e Santiago (2012) referem que as aprendizagens realizadas pelos estudantes em ensino clínico, nos contextos reais da prática, são fundamentais para a aquisição de competências e para a qualidade de excelência dos cuidados prestados. Bártolo (2007) reforça que a aprendizagem nos contextos de prática clínica permite o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, e o desenvolvimento crescente da equipa multidisciplinar e da organização hospitalar. O indivíduo integrado na organização “[...] forma-se porque experimenta, vive, reflecte e aprende cuidando e cuida aprendendo [...]” (Bártolo, 2007, p. 19). Os estudantes de Enfermagem aprendem, sobretudo, nas práticas que decorrem nos contextos de prática clínica, no conhecimento prático (as convenções da profissão, linguagem, valores, esquemas, tradições e conhecimento na ação), logo os estudantes aprendem na ação (Benner, 2001; Correia & Santiago, 2012).

O ambiente hospitalar é uma organização complexa com grande potencial formativo para todos os profissionais que nele exercem as suas funções, existindo uma rede complexa de relações e de correlações, processos organizacionais e percursos pessoais que fazem emergir uma diversidade de motivações e saberes. A figura central desta organização é o doente e o cuidar do doente através da prestação de cuidados diferenciados. O hospital é visto como um produtor de serviços de saúde, onde os conhecimentos teóricos são postos em prática, quando na realidade deve ser encarado como formador de profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico e terapêutica...), produtor de competências, prestador de cuidados de saúde, construtor de identidades pessoais e profissionais, e ser uma mais-valia para o amplo processo de socialização (Bártolo, 2007).

Le Boterf (2003) refere que o contexto é um campo de possibilidades para o desenvolvimento de competências. Os contextos de prática clínica, onde decorrem os

ensinos clínicos, possibilitam a utilização e a valorização de saberes e espaços particulares e singulares, integrando nas práticas clínicas uma dinâmica formativa que utiliza as estratégias e alternativas estabelecidas, combinando espaços e tempos de trabalho e de formação. Os contextos de prática clínica onde decorrem as aprendizagens experienciais não é imparcial. A aprendizagem implica a tomada de consciência de si e da sua relação com o contexto, determinando ações de mudança. A multiplicidade, a riqueza e a estimulação dos contextos podem aumentar as oportunidades de aprendizagem e as respetivas intervenções. Um indivíduo que contacta sempre com um contexto restrito parece apresentar dificuldade na deslocação de saberes para outros contextos. Este poderá ser um aspeto limitativo da formação baseada na experiência (Rabiais, 2016).

Também D’Espiney (1999), falando sobre a aprendizagem em ensino clínico, evidencia que a aprendizagem só pode ocorrer se existirem espaços e momentos de abertura e relações horizontais entre os intervenientes, por forma a que o estudante, em equipa, seja capaz de “[...] expor as suas dúvidas, de emitir hipóteses, de experimentar explicações, de recriar soluções” que “promovam a criatividade e o trabalho em equipa e desenvolvam a capacidade de agir [...]” (p. 203). Esta partilha de experiências e conhecimentos permite que se aprenda a refletir e a questionar sobre as situações vivenciadas, fomentando o desenvolvimento de competências que incluem a reflexão crítica e a capacidade de resolução de problemas (D’Espiney, 1999).

Os contextos de prática clínica, onde ocorrem os ensinos clínicos, são contextos socioculturais complexos, imprevisíveis e em constante mutação. Verifica-se uma evolução constante dos conhecimentos científicos e a necessidade de adaptação aos mesmos, de alterações sistemáticas dos sistemas de gestão e de organização das instituições, e de uma orientação mista – cuidar e tratar. O grau de complexidade de cuidados, assim como a pressão social para a qualidade e a excelência, exigem dos novos profissionais não só saber e competência (destreza, segurança, atitude, habilidade), mas também a capacidade para contribuir para o desenvolvimento da profissão de Enfermagem (Abreu, 2003b).

O contexto de prática clínica deve possibilitar um ambiente tranquilo, agradável, seguro, com suporte emocional e com recurso a estratégias formativas adequadas para os estudantes em ensino clínico (Benner, 2001; Borrallo-Riego et al., 2021). D’Espiney

(2003) refere que os contextos de prática clínica têm assumido uma atribuição de mero consumidor de saber, com vista à orientação da prática. No entanto, este contexto deve ser considerado como potenciador da formação, considerando que o contexto de trabalho do enfermeiro é muito exigente e está em constante mutação e porque mobiliza uma diversidade de competências.

D'Espiney (2003) afirma que “a participação na equipa multidisciplinar onde se discute colectivamente os doentes confere ao acto de reflectir a situação de cuidar um sentido, cuja finalidade se torna visível. Por outro lado, o reconhecimento pelo grupo de pares do valor do seu trabalho favorece o investimento e o empenhamento pessoal” (p. 183). Os contextos de prática clínica representam um potencial formativo inegável, sendo necessário que os profissionais envolvidos nos contextos de trabalho façam da prática objeto de reflexão e investigação, para que esse potencial passe da virtualidade à realidade, de forma a transformar a experiência em saber (Canário, 2008).

Tabari-Khomeiran et al. (2007) numa investigação realizada sobre o desenvolvimento de competências nos enfermeiros, utilizando a teoria fundamentada nos dados, identificaram cinco fases do desenvolvimento de competências, a saber: reconhecimento da força motriz, fornecimento dos requisitos adquiridos, experiência, consolidação e integração. Estas fases estão interrelacionadas, sendo difícil, por vezes, a sua ordenação cronológica. Este processo de interação constante é complexo, progressivo, dinâmico e ocorre entre o enfermeiro e o mundo circundante. O enfermeiro tem a missão principal de conduzir este processo e o mesmo não ocorre se o enfermeiro não adotar esta função.

A fase de reconhecimento da força motriz é a fase inicial que atua como o motivo para o enfermeiro se movimentar em direção ao desenvolvimento de competências. É composta por duas componentes: a força motriz (interna ou externa, como por exemplo as expectativas, a transição e as recompensas internas) e o reconhecimento dessa força (Tabari-Khomeiran et al., 2007).

A fase de fornecimento dos requisitos adquiridos engloba o conhecimento teórico e o suporte para se empenhar numa determinada atividade. Este conhecimento pode vir do suporte bibliográfico, do conhecimento dos pares, e do suporte organizacional (chefia, pares). Após a aquisição dos requisitos, o enfermeiro está preparado para entrar na próxima fase (Tabari-Khomeiran et al., 2007).

A experiência é o núcleo do desenvolvimento de competências, pois fornece a oportunidade de fazer a ligação entre a teoria e a prática. Pode ocorrer numa primeira fase pela escuta e observação dos enfermeiros mais experientes, passando depois à experiência direta, ao fazer. O enfermeiro obedece a regras/procedimentos, supervisionado pelos mais experientes. O feedback destes aumenta a autoestima e a performance do enfermeiro que está a desenvolver determinada competência (Tabari-Khomeiran et al., 2007).

A consolidação é a fase onde o enfermeiro adquire completo domínio da tarefa/atividade pela repetição das práticas, enfrentando situações desafiadoras, usando a reflexão. Não foi possível determinar quando termina a fase da experiência e começa a fase de consolidação (Tabari-Khomeiran et al., 2007).

Por último, na fase de integração ocorre a incorporação de novas competências nas antigas e inicia-se a fase de preparação para o ensino e supervisão de outros enfermeiros (Tabari-Khomeiran et al., 2007).

Os mesmos autores descrevem também os fatores que influenciam o desenvolvimento de competências nos enfermeiros, nomeadamente:

- Ambientais: físicos e emocionais (especificidade do serviço, tecnologia, hospital escola, trabalho em equipa, suporte, confiança e respeito, valorização profissional, motivação, atualização de conhecimentos);
- Características pessoais que interferem no desejo de aprender (confiança, compromisso, iniciativa, aprendizagem ao longo da vida);
- Questões relacionadas com o trabalho: intraprofissionais (carga de trabalho, expectativas, comportamento da chefia) e extraprofissionais (imagem profissional, valor do trabalho do enfermeiro). Estes aspetos afetam a motivação e a proatividade do enfermeiro para perseguir maiores competências;
- Oportunidade: situações inesperadas, não planeadas, são benéficas se o enfermeiro as souber transpor para situações de aprendizagem (trabalhar sozinho, ansiedade) (Tabari-Khomeiran et al., 2007).

Patrícia Benner (2001) estudou a prática clínica de Enfermagem, para tentar descobrir e descrever o conhecimento existente na prática, conhecimento esse que ocorre ao longo do tempo. A autora refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina prática “[...] consiste no alargamento dos conhecimentos práticos (*know-how*) através de

investigações científicas baseadas na teoria e através do levantamento no “*know-how*” existente desenvolvido por meio da experiência clínica na prática dessa disciplina [...]” (Brykcztnski, 2004, p. 187).

Benner adaptou o Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus à Enfermagem. Da análise das entrevistas realizadas a enfermeiros sobre episódios de cuidados ao doente emergiram 31 competências que foram agrupadas em sete domínios:

- A função de ajuda;
- A função de ensinar-treinar;
- A função de diagnóstico e de vigilância do doente;
- A gestão eficaz de situações que se alteram rapidamente;
- Ministras e monitorizar intervenções e regimes terapêuticos;
- Monitorizar e assegurar a qualidade das práticas de cuidados de saúde;
- Competências de trabalho organizacional (Benner, 2001; Brykcztnski, 2004).

Patrícia Benner, no seu Modelo de Desenvolvimento Socioprofissional, caracteriza a aquisição de competências em cinco estados: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes estádios refletem mudanças no desempenho do enfermeiro, pela confiança em princípios abstratos de utilização de experiências concretas vivenciadas, e pela mudança na forma de compreender a exigência de uma situação, considerando-a como um todo no qual certas partes são relevantes. Esta conceção da autora é muito interessante, pois perceciona a aquisição e evolução do desenvolvimento das competências do enfermeiro baseada nas experiências vivenciadas e na forma como são ensinadas. Por forma a podermos relacionar estes estádios com a aquisição de competências dos enfermeiros, importa descrever mais pormenorizadamente cada um deles (Benner, 2001; Brykcztnski, 2004):

Iniciado – O enfermeiro iniciado não tem experiência da situação com que possa ser confrontado, pelo que têm que lhe ser descritas situações objetivas, regras e normas para as ensinar, e orientar o desempenho de forma a adquirirem experiência necessária ao desenvolvimento de competências. Estas regras impõem um comportamento típico, extremamente limitado e rígido. O iniciado tem dificuldade em realizar um julgamento arbitrário, em distinguir a relevância dos aspetos. Este nível aplica-se ao estudante de Enfermagem, mas também pode aplicar-se a enfermeiros com níveis elevados de

competências numa área clínica/contexto, e que são colocados noutra área/contexto ou perante uma situação que desconhecem.

Iniciado avançado – O enfermeiro consegue demonstrar um desempenho aceitável, já tendo vivenciado situações reais em número suficiente, que lhe permite captar aspetos subjetivos de uma situação, baseada no reconhecimento do contexto de uma situação experienciada. Nesta fase, o enfermeiro sente-se responsável pela gestão de cuidados ao doente, mas ainda precisa de apoio e indicações dos mais experientes para se enquadrarem no contexto e para estabelecer prioridades, pois atua sobretudo de acordo com as diretrizes gerais, não sendo ainda capaz de identificar o mais e o menos importante numa situação. A sua atuação junto dos doentes tem de ser acompanhada por enfermeiros competentes, de forma a assegurar que as necessidades importantes dos doentes são atendidas. Este estágio aplica-se aos enfermeiros recém-formados.

Competente – O enfermeiro assume um aumento da responsabilidade e planeia os cuidados de forma consciente e intencional, determinando quais os aspetos da situação que são importantes ou que podem ser ignorados. O enfermeiro começa a ver a ação em função de objetivos/planos a longo prazo, baseado numa análise consciente, abstrata e analítica do problema. Há um enfoque na gestão de tempo e na organização de tarefas, mas ainda há falta de flexibilidade e rapidez. Este estágio é fundamental na aprendizagem clínica, devendo o ensino e a aprendizagem estarem presentes de forma ativa, para treinar os enfermeiros para a transição para o próximo estado. Este estágio reporta-se a enfermeiros com dois ou três anos de prática clínica no mesmo serviço.

Proficiente – O enfermeiro percebe as situações na sua globalidade e não de forma fragmentada e as suas ações são conduzidas por máximas. A percepção é, neste estágio, fundamental e é baseada na experiência e nos acontecimentos recentes. Há um reconhecimento dos aspetos mais importantes, uma implementação das respostas de acordo com a evolução da situação e um domínio intuitivo da situação, baseado na compreensão das experiências prévias. O entendimento holístico do enfermeiro proficiente melhora a sua capacidade de tomada de decisão, a sua rapidez e uma atuação adequada. Demonstra confiança crescente nos seus conhecimentos e competências, e há um maior envolvimento com o doente e família. Poderá passar de novo ao estado de competente quando lhe é pedido algo de novo. Este estágio aplica-se a enfermeiros com cinco anos de prática clínica no mesmo contexto.

Perito – O enfermeiro já não utiliza regras, linhas orientadoras e máximas para compreender a situação e atuar. Pela sua experiência prévia, apresenta um domínio intuitivo da situação, com capacidade para identificar um problema, sem se perder por uma variedade de diagnósticos e soluções, mas não deixando de os considerar. A experiência, ao longo do tempo de exercício, é compreendida e utilizada na aquisição da perícia, através do refinamento da teoria, do encontro de várias situações reais, que acrescentam à teoria ténues diferenças. A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa, apresentando mais realidades do que as que são aprendidas pela teoria. Os aspetos chave da prática de Enfermagem perita são: domínio clínico e uma prática baseada na investigação; *know-how* incorporado; ver a situação no seu todo; e ver o inesperado (Benner, 2001; Brykczynski, 2004).

Percebe-se, então, que o enfermeiro, desde a sua formação inicial, vai desenvolvendo as suas competências pela sua experiência clínica, na prática, nos diferentes contextos de prática clínica por onde vai passando, ao longo do seu percurso académico e profissional. É ao longo deste percurso que o enfermeiro pode iniciar novas funções, como a função de enfermeiro orientador, que lhe exige novas competências. O exercício desta função pressupõe o desempenho de uma nova atribuição social com características próprias, que exigem uma nova postura e lhe acarretam novas responsabilidades (Serra, 2006).

Rua (2009) refere que o ensino clínico leva os enfermeiros a assumirem funções para as quais nem sempre se sentem ou estão preparados – falta de preparação para a tarefa, segundo Meleis (2010) – tornando evidente a não clarificação das funções assumidas pelo enfermeiro orientador e docente, devido à diversidade de protocolos entre as instituições e à falta de conhecimento intercontextual (Rua, 2009). Benner (2001) também constatou a dificuldade que os enfermeiros têm de definir esta sua nova função, e que a autora considera poder estar relacionado com défices dos planos curriculares ou com o modo como pedagogicamente se desenvolvem os seus conteúdos.

Para compreender a experiência vivida pelo enfermeiro durante esta transição de natureza situacional, pela redefinição da função do enfermeiro enquanto orientador, é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, que podem ser facilitadores ou inibidores deste processo (Meleis, 2010). Estes aspetos são

consistentes com os aspetos considerados por Le Boterf (2003), relativamente ao desenvolvimento de competências.

### *Síntese*

Constatamos assim, considerando todo o referencial teórico apresentado, que o desenvolvimento de competências em Enfermagem assenta na experiência e na reflexão. A experiência, núcleo de desenvolvimento de competências, decorre nos contextos de prática clínica, promovendo quer o desenvolvimento e competências nos estudantes de Enfermagem (em ensino clínico), quer o desenvolvimento das mesmas nos enfermeiros (contexto de trabalho).

Os contextos de prática clínica surgem como um espaço múltiplo, complexo, imprevisível, estimulante, rico em oportunidades e em constante mutação, pela evolução dos conhecimentos científicos, da gestão e organização, que aumenta as oportunidades de aprendizagem, a mobilização de diversas competências e a necessidade de adaptação dos enfermeiros a esta nova realidade. O potencial formativo dos contextos, pela prática, como promotor do desenvolvimento de competências, está patente na literatura, focando o desenvolvimento de competências individuais e coletivas, pelas relações, organização e percursos pessoais e profissionais da equipa multidisciplinar. O contexto de prática clínica é produtor de competências e construtor de identidades pessoais e profissionais.

A reflexão sobre a prática vivenciada é também fundamental neste processo de desenvolvimento de competências. A partilha de experiências e de conhecimento com a equipa multidisciplinar permite a reflexão *na* e *sobre* a ação, e, conseqüentemente, o desenvolvimento de competências. A reflexão sobre a prática transforma a experiência em saber.

O enfermeiro tem, então, de desenvolver competências para uma prestação de cuidados de qualidade e de excelência, e tem de possuir capacidade para contribuir para o desenvolvimento da profissão, quer pela prática e investigação no contexto de prática clínica, quer pela responsabilidade estabelecida na formação de estudantes de Enfermagem e de pares. Acresce aqui a função de enfermeiro orientador, com uma nova

atribuição social e com novas responsabilidades, que implicam um processo de transição situacional.

## **PARTE II – METODOLOGIA E DESENHO DO ESTUDO**

Após a apresentação do quadro de referência que consideramos essencial para compreender a problemática em estudo, vamos abordar as questões metodológicas e apresentar o desenho do estudo, descrevendo e justificando as opções e o percurso metodológico.

No primeiro capítulo apresentamos a questão de investigação e os objetivos geral e específicos da pesquisa.

No segundo capítulo abordamos a estratégia geral do estudo, justificando a escolha da utilização da teoria fundamentada nos dados segundo Strauss e Corbin (2014), e abordando outras questões metodológicas, como a seleção da amostragem teórica, os cuidados na elaboração do instrumento de recolha de dados e na realização das entrevistas, e os procedimentos realizados no tratamento e análise dos dados emergentes das entrevistas.

Por último, refletimos sobre as considerações éticas subjacentes a este estudo.

### **1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS**

Considerando o quadro legal que aponta para a contribuição do enfermeiro orientador de ensino clínico na formação de estudantes do CLE, interrogamo-nos sobre as características inerentes ao processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros para a orientação de estudantes no contexto ensino clínico.

Após a recolha de dados e subsequente análise, e considerando a revisão e comparação sistemática da literatura, foi sentida a necessidade de reformulação de uma questão orientadora da pesquisa, como pode acontecer nas abordagens qualitativas, redirecionando e afinando o estudo (Bogdan & Biklen, 2016).

Definimos então como questão de partida para este estudo:

- O que caracteriza o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem em contexto hospitalar?

Atendendo à questão de investigação definimos como objetivo geral para este estudo:

- Compreender o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador do ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem em contexto hospitalar.

Assumimos ainda como objetivos específicos:

- Identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Identificar os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Descrever os recursos que são mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

## 2. ESTRATÉGIA GERAL DO ESTUDO

Considerando a questão de investigação e a natureza do fenómeno em estudo, bem como a área de conhecimento em que se insere, optamos por uma metodologia de natureza qualitativa. Esta metodologia, de cariz humanista e de interação empática com os participantes, permite ver, ouvir, entender e aceder ao outro (Morse, 2013). Streubert e Carpenter (2013) referem características importantes deste tipo de estudo: crença em múltiplas realidades; compreensão do fenómeno respeitando a perspetiva do participante; preservação do contexto e da compreensão do fenómeno pelo relato de forma literária, que inclua os comentários dos participantes. Outros autores concordam que os estudos sobre a natureza e compreensão de um fenómeno, onde se procura descobrir a estrutura e as relações pela interpretação das experiências, devem utilizar a metodologia qualitativa (Miguélez, 1999; Morse et al., 2001; Denzin & Lincoln, 2006; Vilelas, 2009; Lessard-Hérbert et al., 2013).

Pretendemos assim, na interação com o enfermeiro orientador de ensino clínico, aceder, sob o ponto de vista do mesmo, à compreensão do processo de desenvolvimento de competências na orientação de estudantes em ensino clínico, e descobrir a estrutura e relações pela interpretação das suas experiências, preservando o contexto onde elas ocorreram.

Atendendo à pouca investigação nesta área, nesta perspetiva, e ao fenómeno em estudo que comporta sentimentos, experiência e reflexão, optamos pela utilização da teoria fundamentada nos dados.

A teoria fundamentada nos dados tem sido amplamente utilizada em estudos de âmbito educacional, de organizações e na disciplina de Enfermagem, e em estudos onde está prevista uma grande quantidade de informação e a necessidade de obter uma teoria sobre o processo (Gray, 2018). Esta metodologia constitui-se como uma abordagem qualitativa cujo objetivo é a construção de teoria. A teorização implica abstração, criatividade e consciência do investigador, baseada no conhecimento, rompendo, por um lado, com conceitos pré-definidos e, por outro, abrindo espaço para a construção de novos conceitos e de novas relações. A criação de teoria assume um poder explicativo por se focar nos processos, mecanismos e estratégias subjacentes (Albert et al., 2019).

Strauss e Corbin (2008) explicam a teoria fundamentada nos dados como “[...] a descoberta, desenvolvimento e verificação através de uma análise sistemática de recolha e da análise dos dados do fenómeno em estudo [...]” (p. 23). Os mesmos autores referem que sendo esta metodologia de investigação de cariz interpretativo, permite-nos perceber o significado do fenómeno para o participante e compreender como o mesmo vive as suas experiências, extraindo o seu significado, o que sente e como interage (Strauss & Corbin, 2008). A teoria fundamentada nos dados permite a teorização a partir dos dados sistematicamente recolhidos, analisados e comparados através do processo de investigação (Strauss & Corbin, 2014).

Para Streubert e Carpenter (2013) a teoria fundamentada nos dados, com origem nos princípios do interacionismo simbólico, apresenta-se como uma abordagem qualitativa de investigação aplicada na análise das interações humanas nos processos sociais. Este tipo de abordagem origina o desenvolvimento de explicações sobre os processos que derivam de dados empíricos. Assim, pela abordagem natural, esta metodologia permite analisar de modo profundo práticas, comportamentos, crenças e atitudes de grupos tal e qual como ocorrem na vida real.

Albert et al. (2019) reconhecem a utilidade de teoria fundamentada nos dados, mas questionam a lógica indutivista na natureza do conhecimento construído com esta metodologia. Os autores referem que, apesar de ser uma metodologia de cariz indutivo, o investigador baseia-se no conhecimento teórico prévio para a construção da teoria, numa perspetiva crítica e construtivista dos dados.

Esta teoria está então alicerçada no Interacionismo Simbólico, desenvolvido por Blumer e Mead (Morse, 1994; Lopes, 2005), que foi das teorias sociais com expressão mais marcante no paradigma construtivista. O Interacionismo Simbólico tenta determinar o significado simbólico para os grupos, enquanto interagem uns com os outros (Morse, 1994). Segundo Blumer (2009) o Interacionismo Simbólico apresenta três princípios centrais, o significado, a linguagem e o pensamento, e três premissas: os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que têm para eles; os significados resultam da interação dos indivíduos com os outros e são construídos através da linguagem; o pensamento é um processo interpretativo, que é usado pelas pessoas em cada situação vivenciada. O Interacionismo Simbólico levou à utilização de

metodologias indutivas, para construir teoria a partir da realidade social concreta (Lopes, 2005).

A teoria fundamentada nos dados foi descoberta por Glaser e Strauss em 1967: *The Discovery of Grounded Theory*. Para estes autores, a teoria fundamentada nos dados inicia-se com um fenómeno que o investigador considera que não está bem explícito do ponto de vista teórico e com um problema de investigação bem delimitado (Glaser & Strauss, 1967). Contudo, os autores divergiram nos seus percursos e entendimento em relação à teoria, sendo agora geralmente aceite que existem duas versões da mesma, uma de Glaser e outra reformulada por Strauss e Corbin de forma a integrar um extenso e complexo processo de codificação sistemática (Dey, 1999; Goulding, 2002).

Rieger (2019) acrescenta que a evolução da teoria fundamentada nos dados, ainda que vista por alguns autores como um processo natural no desenvolvimento de uma metodologia, assume diferentes pontos de vista: a perspetiva positivista (Glaser) que entende que a realidade pode ser estudada de uma forma objetiva e que o conhecimento pode ser independente do investigador; a perspetiva pós-positivista (Strauss) que reconhece a existência de uma realidade observável, mas acrescenta que esta nunca pode ser totalmente apreendida e que a sua compreensão é influenciada pela consciência do investigador; e a perspetiva construtivista que presume a não revelação da realidade de uma forma objetiva, focando que as pessoas – onde está incluído o investigador – constroem a realidade.

O mesmo autor discutiu e comparou estas três perspetivas, tendo identificado seis características que as diferenciam: história e origens; perspetiva filosófica (positivista, pós-positivista ou construtivista); atribuição do investigador (natureza da relação, sensibilidade teórica, tratamento da literatura e identificação de questões); visão dos dados e procedimento de análise dos mesmos (lógica indutiva, dedutiva ou abdutiva); perspetivas divergentes da teoria fundamentada nos dados que emergem da análise; e pontos fortes e limitações metodológicas (Rieger, 2019).

Vários autores têm escrito, abordado e comentado as versões de Glaser e de Strauss e de Corbin da teoria fundamentada nos dados: Morse (1994); Annells (1996); Wilson e Hutchinson (1996); Dey (1999); Locke (2001); Goulding (2002) e Charmaz (2008). Goulding (2002) refere que Glaser enfatiza a natureza interpretativa, contextual e emergente do desenvolvimento da teoria, enquanto Strauss está mais interessado nas

técnicas de codificação altamente complexas e sistemáticas. Dey (1999) menciona que Glaser aponta várias possibilidades para integrar categorias pela codificação, sem a utilização da codificação axial, e para integrar conceitos. Por outro lado, Strauss e Corbin (2014) focam apenas uma maneira de integrar categorias, pela codificação axial, e consideram as condições, o contexto, as estratégias de ação/interação e as consequências. Charmaz publicou vários artigos sobre a teoria fundamentada nos dados, incluindo a sua inovadora combinação com a abordagem fenomenológica (Strauss & Corbin, 1997). Morse (1994) referencia que Glaser foca a sua atenção nos dados para que estes possam contar a sua própria história e que Strauss aceita todas as possibilidades dos dados. Apesar da troca de críticas entre os dois autores e às duas versões da teoria fundamentada nos dados, não fica claro que existam diferenças profundamente significativas na teoria (Lopes, 2005).

Partimos então da descoberta e interpretação das experiências vividas pelos entrevistados, procurando compreender a vivência destas experiências, extraindo o seu significado, na possibilidade de teorizar a partir dos dados sistematicamente recolhidos num processo de análise e comparação constante, com vista à explicação do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de estudantes de Enfermagem em EC.

Goulding (2002) refere que a escolha entre qual a versão da teoria fundamentada nos dados usar depende da personalidade do investigador e da preferência de modo de trabalho. Rieger (2019) propõe que a escolha da abordagem a utilizar, de forma a assegurar a consistência com a abordagem metodológica, deve considerar o propósito da investigação, as implicações filosóficas das diferentes abordagens e as preocupações pragmáticas da investigação.

Desta forma, considerando os aspetos acima mencionados e por uma questão de acessibilidade à teoria e à sua compreensão, optamos por desenvolver a teoria fundamentada nos dados baseada na perspectiva de Strauss e Corbin (2014).

Este estudo foi realizado num Centro Hospitalar da Grande Lisboa, após autorização solicitada segundo o Procedimento para a Instrução dos Processos dos Estudos de Investigação, definido pela Instituição. Obtivemos a autorização para o estudo (Anexo 1), assim como o parecer da Comissão de Ética para a Saúde, no dia 30 de outubro de 2018 (Anexo 2).

O estudo decorreu nos serviços de medicina e de cirurgia, que são os serviços que recebem um maior número de ensino clínico (40,4%) do CLE<sup>3</sup>, e os informantes-chave foram enfermeiros desses contextos.

A recolha de dados decorreu de novembro de 2018 a dezembro de 2019 e foi realizada através de entrevistas semiestruturadas. Foi realizado pré-teste ao guião inicial das entrevistas, com necessidade de reorganizar questões dentro dos blocos temáticos e adequar o registo das questões. Durante a realização das primeiras entrevistas, de natureza exploratória, o guião foi ajustado considerando a experiência dos enfermeiros na orientação de estudantes. Houve ainda necessidade de modificar o guião para as imprescindíveis entrevistas em profundidade, com a introdução, especificação e remoção de algumas questões.

O tratamento e análise de dados foram realizados de acordo com o definido por Strauss e Corbin (2014) através da codificação aberta, axial e seletiva. Ao longo do processo de codificação foram elaborados diagramas e memorandos analíticos e conceituais, assim como foram redigidos ensaios de forma a manter a investigação fundamentada e a manter a consciência do investigador.

Partimos, então, da descrição de um contexto específico na possibilidade de, em profundidade, investigar o fenómeno num formato de estudo de caso, em harmonia com a teoria fundamentada nos dados (Halaweh et al., 2008).

Halaweh et al. (2008) referem que há semelhança entre o método de estudo de caso e a abordagem de Strass da teoria fundamentada nos dados:

- No estudo de caso (Yin, 1994) o investigador pode começar a pesquisa, por um problema específico, um conjunto de questões que direcionam o investigador para a informação a recolher. O investigador deve ainda realizar uma revisão da literatura para desenvolver o protocolo de estudo de caso, e identificar os construtos para a projeção da teoria e para a análise das entrevistas. Estes aspetos são similares à abordagem de Strauss e Corbin (2008), que concordam que a questão de investigação deve transmitir ao investigador o foco da sua atenção e que o investigador não pode iniciar a investigação sem revisão de literatura. No

---

<sup>3</sup> Informação disponibilizada pelo Departamento de Formação do Centro Hospitalar da Grande Lisboa, relativa ao ano 2016.

entanto estes autores valorizam a flexibilidade na aceitação dos dados que emergem da investigação;

- Ambos (estudo de caso e teoria fundamentada nos dados) consideram as entrevistas como o principal instrumento de recolha de dados;

- A principal característica da investigação através de estudo de caso é a especificação do limite e do objetivo da pesquisa. Este aspeto é compatível com a amostragem teórica na teoria fundamentada nos dados, pois no estudo de caso a seleção dos casos é a pertinência, e na teoria fundamentada nos dados a amostragem teórica prevê a procura de informações aprofundadas dos casos para descobrir e desenvolver os conceitos e teorias.

- A generalização dos resultados da investigação realizada através de estudo de caso e teoria fundamentada nos dados é semelhante, uma vez que os resultados podem ser transferidos para outro contexto e situação com características semelhantes. O objetivo da teoria fundamentada nos dados é desenvolver teorias e conceitos que possam ser generalizados e aplicados a outras situações. A generalização da teoria fundamentada nos dados é parcialmente alcançada pela abstração (quanto mais abstratos os conceitos, maior a aplicabilidade da teoria). Da mesma forma, Yin (1994) afirma que na investigação através de estudo de caso o objetivo do investigador é expandir e generalizar teorias.

O estudo de caso e a teoria fundamentada nos dados são integrados numa perspetiva de investigação qualitativa interpretativa e a sua combinação como metodologia envolve encontrar uma base comum para avaliar essa metodologia, podendo ser adotados os critérios de Guba e Lincoln (1994), por serem projetados para pesquisas qualitativas interpretativas em geral e os seus critérios avaliarem todo o processo de pesquisa.

Apresentamos de seguida, de forma minuciosa as fases da estratégia do estudo, considerando a metodologia em uso.

## 2.1 – Amostragem teórica

Os informantes-chave foram enfermeiros dos serviços de Medicina e de Cirurgia, em diferentes estádios de desenvolvimento sócio-profissional de Benner (2001) e com experiências diferentes na orientação de estudantes de Enfermagem do CLE.

A seleção dos informantes-chave foi realizada com o suporte da chefia de cada um dos serviços, de acordo com as características que fomos considerando pertinentes introduzir ao longo dos diferentes tipos de amostragem teórica considerada no estudo.

O objetivo da amostragem teórica é maximizar as oportunidades de comparar factos, incidentes ou acontecimentos para determinar como uma categoria varia em termos das suas propriedades e dimensões, de forma a densificá-la (Strauss & Corbin, 2014).

A amostragem teórica foi conduzida pelos conceitos derivados da codificação dos dados e da evolução da teoria, utilizando a comparação. Neste sentido, a amostra não foi pré-determinada, mas desenvolveu-se durante o processo de codificação dos dados, considerando os conceitos que emergiram e a sua relevância para a teoria. A análise dos dados serviu, então, como fio condutor na seleção cuidada, consistente e flexível dos diferentes informantes-chave. A consistência implica a comparação sistemática em cada categoria, de forma a assegurar o desenvolvimento de todas as categorias encontradas. A flexibilidade assegura a capacidade de aproveitar incidentes acidentais que possam ocorrer no contexto (Strauss & Corbin, 2014). Strauss & Corbin (2014) mencionam ainda que seguir procedimentos demasiado rígidos pode reprimir a criatividade do investigador.

A amostragem deve ser dirigida pelos três tipos de codificação: aberta, axial e seletiva (Strauss & Corbin, 2014). Sendo assim, a amostragem na codificação aberta deve manter a recolha de dados aberta a todas as possibilidades, pois nesta fase o objetivo é descobrir, nomear e categorizar o fenómeno em estudo. Foi nesta perspetiva, e considerando a questão de investigação, as questões orientadoras da pesquisa e o modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner (2001), que escolhemos como primeiro informante-chave um enfermeiro perito e com experiência na orientação de estudantes do CLE, na possibilidade de na primeira entrevista emergir uma maior diversidade de conceitos e categorias. A seleção do mesmo ocorreu com a colaboração da Senhora Enfermeira Chefe do serviço de Medicina, sendo que este enfermeiro

também tinha experiência de orientação de estudantes enquanto professor a tempo parcial num estabelecimento de ensino.

Após a primeira entrevista procedemos à codificação dos dados, sustentados na premissa que desta análise iriam surgir questões adicionais para a próxima entrevista e com o propósito de recolher dados relacionados com as categorias, as suas propriedades e dimensões, de forma sistemática, construindo a amostra com base na conveniência, regressando aos dados e reorganizando-os de acordo com os conceitos teoricamente relevantes (Strauss & Corbin, 2014; McGrath et al., 2018).

Posteriormente, conforme já referimos, a amostragem teórica foi conduzida de acordo com as necessidades identificadas no processo de codificação dos dados, conforme o estipulado por Strauss e Corbin (2014).

O segundo informante-chave foi também um enfermeiro perito do serviço de Cirurgia, com experiência em orientação de estudantes no serviço e como professor a tempo parcial num estabelecimento de ensino.

Ainda com vista à amostragem direcionada para a codificação aberta e considerando os dados recolhidos e as categorias que emergiram, considerámos pertinente compreender a conceção de enfermeiros que, numa perspetiva contrária, não se manifestaram disponíveis para a orientação de estudantes de Enfermagem, de forma a caracterizar e densificar as propriedades e dimensões das categorias encontradas.

O terceiro informante-chave foi então um enfermeiro do serviço de Cirurgia, que se encontra no estúdio de perito e que demonstra não estar disponível para a orientação de estudantes de Enfermagem, ainda que já tivesse tido essa experiência.

Nesta fase do estudo sentimos necessidade de direcionar a amostragem com vista à codificação axial. Este tipo de amostragem é realizado ainda com base em conceitos teoricamente relevantes, mas ocorre uma mudança de foco, pois o objetivo passa a ser analisar como as categorias se relacionam com as subcategorias, em termos das suas propriedades e dimensões. As relações entre conceitos, assim como os conceitos em si, são comparados entre locais e informantes para descobrir e para verificar semelhanças e diferenças, na procura de incidentes que demonstrem escopo dimensional ou variação de um conceito e as relações entre conceitos. Este tipo de amostragem contempla as mesmas técnicas de amostragem da codificação aberta (Strauss & Corbin, 2014).

Nesta ótica inter-relacional, o quarto informante-chave selecionado foi um enfermeiro do serviço de Cirurgia, considerado iniciado em relação ao seu desenvolvimento socioprofissional, mas que verbaliza motivação para iniciar a sua função como enfermeiro orientador.

O quinto informante-chave, assim como o terceiro, não está disponível para orientar estudantes de Enfermagem no serviço de Medicina, apesar de já ter tido essa experiência. Encontra-se no estágio de competente relativamente ao desenvolvimento socioprofissional.

O sexto informante-chave, do serviço de Medicina, apesar de ser proficiente, ainda não iniciou o seu percurso como enfermeiro orientador, expressando motivação e iniciativa para principiar esta função. O sétimo informante-chave apresenta experiência na orientação de estudantes de Enfermagem e é considerado perito. O oitavo informante-chave, também perito, apresenta muita experiência na orientação de estudantes de Enfermagem e como professor a tempo parcial num estabelecimento de ensino.

Com o desenvolvimento do estudo, fomos adquirindo sensibilidade e, numa lógica dinâmica entre a codificação aberta e axial, de comparação constante, procurámos recodificar as entrevistas à luz de novas informações recolhidas na revisão sistematizada da literatura realizada de forma paralela (Strauss & Corbin, 2008).

Nesta fase da recolha e codificação dos dados, já tínhamos explorado a perspetiva de enfermeiros com muita experiência na orientação de estudantes, de enfermeiros sem experiência, mas motivados para o início da função, e de enfermeiros que já tinham tido a oportunidade de orientar alguns estudantes, mas que não estão disponíveis para a mesma.

Passámos então para um processo de amostragem direcionada para a codificação seletiva. Este tipo de amostragem pressupõe uma escolha discriminada, propositada e altamente seletiva de forma a maximizar ou minimizar as diferenças, considerando o objetivo da codificação seletiva que é integrar as categorias para formar uma teoria, para validar as declarações entre os conceitos e para completar as categorias que precisem de mais densidade (Strauss & Corbin, 2014).

Neste sentido procurámos a partir desta fase selecionar enfermeiros em diferentes fases do seu percurso de orientação para a integração das categorias na formulação da teoria.

O nono informante-chave, considerado competente, iniciou o seu percurso na orientação de estudantes há dois anos. O décimo informante-chave era proficiente e também iniciou a orientação de estudantes há dois anos. Posteriormente, entrevistamos dois enfermeiros considerados competentes, um que orienta estudantes há seis anos e outro há nove anos. De seguida, seleccionamos um enfermeiro no estágio de iniciado avançado que está no início da sua trajetória como orientador e, por fim, um enfermeiro proficiente que já orienta estudantes há quatro anos.

Strauss e Corbin (2014) referem que o número de entrevistas realizadas depende dos recursos disponíveis, dos objetivos da investigação, do cronograma temporal definido e da energia do investigador. A recolha de dados deve ocorrer até que todas as categorias estejam saturadas, ou seja: não emerge nenhum dado novo ou relevante em relação a uma categoria; a categoria encontra-se bem desenvolvida ao nível das suas propriedades e dimensões; e as relações entre as categorias estejam bem estabelecidas e validadas (Strauss & Corbin, 2014).

Após a realização de 14 entrevistas verificámos que as categorias encontradas estavam bem desenvolvidas, as relações entre as mesmas estavam bem estabelecidas e não emergiram dados novos ou relevantes nas últimas duas entrevistas realizadas, o que nos suportou a considerar que tínhamos atingido a saturação teórica dos dados, fundamental para uma construção regular, densa e precisa da teoria (Strauss & Corbin, 2014; Hennink et al., 2016).

## 2.2 – Instrumento de recolha de dados

A entrevista é um dos instrumentos de recolha de dados que pode ser utilizado na teoria fundamentada nos dados, e que foi a nossa opção metodológica. Apresentaremos de seguida aspetos que consideramos fundamentais para justificar esta opção, assim como a construção do guião da entrevista e os cuidados que tivemos antes, durante e após a mesma.

A utilização da entrevista é uma das principais técnicas de recolha de dados na investigação qualitativa (Polit et al., 2004; Denzin & Lincoln, 2006; Lessart-Herbert et al., 2013; McGrath et al., 2018), sendo necessária quando se trata de recolher dados válidos sobre crenças, opiniões e ideias dos sujeitos (Lessart-Herbert et al., 2013). Apresenta três funções segundo Polit et al. (2004), Denzin e Lincoln (2006) e Lessart-Herbert et al. (2013): examina os conceitos; compreende o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos sujeitos; e serve como instrumento de medida e serve de complemento a outras técnicas. Ainda Goulding (2002) realça que a entrevista é uma das mais importantes ferramentas de análise social, que possibilita a perceção sobre a vida cotidiana, social e cultural. Esta ferramenta possibilita uma recolha de dados rigorosa e requer um trabalho interativo e reflexivo por parte do investigador (McGrath et al., 2018).

Esta técnica de recolha de dados apresenta vantagens e inconvenientes. As vantagens são: o contacto direto com o sujeito; a maior possibilidade de obter informações sobre temas complexos e emoções; a maior possibilidade de obter respostas detalhadas sobre os temas; e a elevada taxa de respostas. Os inconvenientes prendem-se com o tempo, o custo e com a dificuldade na análise e codificação dos dados (Polit et al., 2004).

Optámos pela utilização de entrevistas semiestruturadas, pois estas possibilitam ao investigador controlar o conteúdo da entrevista e potenciar o acesso a relatos detalhados da experiência individual (Goulding, 2002; Polit et al., 2004; Flick, 2005; Croix et al., 2018; McGrath et al., 2018). Flick (2005) refere que as entrevistas semiestruturadas apresentam como objetivo revelar o conhecimento existente de forma a expressá-lo em forma de respostas e assim torná-lo acessível à interpretação. Kallio et al. (2016) referem que a construção do guião rigoroso de uma entrevista semiestruturada contribui para a objetividade e credibilidade da investigação, tornando os achados mais

verossímeis. Na construção deste guião e na justificação da tomada de decisão devem ser consideradas cinco etapas: identificação dos pré-requisitos para a utilização de entrevistas semiestruturadas; utilização e recuperação do conhecimento prévio; construção do guião preliminar; pré-teste e apresentação completa do guião da entrevista semiestruturada (Kallio et al., 2016).

Na construção do guião da entrevista definimos os temas a abordar, formulámos as questões relativas a esses temas e os apresentámos ao entrevistado numa ordem que julgámos apropriada (Polit et al., 2004; Flick, 2005; McGrath et al., 2018). Na formulação das questões atendemos a vários aspetos referenciados por Foddy (1996) como princípios condutores: questões breves, simples e que privilegiem referenciais concretos. A construção das questões foi realizada de acordo com os objetivos do estudo, atendendo a que o participante compreenda de forma clara os conceitos, os objetivos e as questões. Utilizámos questões abertas de forma a permitir a livre expressão de opiniões e a clarificar o significado das respostas discernindo influências sobre as opiniões (Foddy, 1996; McGrath et al., 2018). Assegurámos flexibilidade na ordem das questões, com o cuidado de no final da entrevista terem sido abordados os temas prioritários e relevantes para o estudo, de forma a compreender o fenómeno (Goulding, 2002; Polit et al., 2004; McGrath et al., 2018). As questões foram apresentadas do mais simples para o mais complexo (Polit et al., 2004), tendo sido iniciadas por uma questão aberta e terminando com uma questão de confrontação (Flick, 2005). A opção de início por uma questão aberta estimula a espontaneidade e permite deixar questões mais fechadas para o final da entrevista (Lessart-Herbert et al., 2013; McGrath et al., 2018). Polit et al. (2004) mencionam que na entrevista semiestruturada podem ser utilizadas questões abertas ou semiestruturadas, sendo que optámos por usar questões abertas por permitirem a livre expressão do pensamento do entrevistado e uma análise mais profunda da resposta, ainda tendo consciência de que são mais trabalhosas de analisar e codificar. Utilizámos também subquestões de forma a dirigir a reflexão e a resposta dos entrevistados (Polit et al., 2004; McGrath et al., 2018).

O guião da entrevista foi organizado em blocos temáticos (Apêndice 1). Os dois primeiros blocos foram direcionados para a legitimação e motivação para a entrevista e para a caracterização dos participantes. Os três blocos temáticos seguintes foram orientados para os Recortes Biográficos de natureza educacional e profissional, para o

desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador e para o contexto profissional. Finalizámos com a solicitação de informações complementares que possibilitem a avaliação das entrevistas realizadas.

Os objetivos inicialmente estipulados para as entrevistas foram:

- Identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Descrever como são selecionados, mobilizados, integrados e transferidos os *saberes* no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Descrever os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

Realizámos uma entrevista pré-teste ao guião previamente elaborado de forma a afinar e a validar a interpretação das questões e a confirmar a duração média da entrevista (Croix et al., 2018; McGrath et al., 2018). Conforme sugerido por Foddy (1996), utilizámos a técnica da dupla entrevista e de reescrita das perguntas pelas palavras do entrevistado. Sentimos necessidade de reestruturar e alterar algumas das questões do guião inicial e verificámos que a duração média da entrevista seria aproximadamente 45 minutos (Apêndice 2)

Relativamente aos procedimentos realizadas antes da entrevista, contactámos os enfermeiros previamente selecionados, conforme o referido por Lessart-Herbert et al. (2013), que realçam a importância de um contacto prévio com o participante de forma a validar que o sujeito é um informante-chave (Goulding, 2002) e a validar a disponibilidade para participação no estudo. Neste contacto, que ocorreu de forma presencial, apresentámos as informações constantes na informação aos participantes e no consentimento informado, livre e esclarecido (McGrath et al., 2018), que abordaremos com pormenor no subcapítulo das considerações éticas. Acordámos ainda o local, data e hora da entrevista e assegurámos o envio por via eletrónica da informação aos participantes e do termo de consentimento informado livre e esclarecido (Lessart-Herbert et al., 2013; McGrath et al., 2018). Nesta comunicação por via electrónica confirmámos novamente o local, data e hora da entrevista (Lessart-Herbert et al., 2013).

As entrevistas ocorreram em salas disponíveis nos contextos, dependendo da hora a que estavam agendadas, assegurando a criação de um ambiente favorável à produção de

informação verosímil e pertinente (Polit et al., 2004; Lopes, 2005; McGrath et al., 2018). Fody (1996) realça a importância do local de realização das entrevistas como facilitador da memória, da reflexão e do questionamento relativo à experiência profissional. Atendemos ao posicionamento dos intervenientes e à representação que o espaço tem para os mesmos (Foddy, 1996; Lopes, 2005; McGrath et al., 2018), assim como aos momentos que precederam à entrevista por forma a garantir um clima de confiança e descontraído, que promova a motivação do sujeito, diminuindo possíveis enviesamentos verbais e não verbais (Polit et al., 2004; Lessart-Herbert et al., 2013; McGrath et al., 2018).

Vários autores têm descrito aspetos relacionados com a forma como a entrevista deve ser conduzida (Morse, 1994; Foddy, 1996; Olabuénaga, 1999; Goulding, 2002; Polit et al., 2004; Flick, 2005; Lessart-Herbert et al., 2013; McGrath et al., 2018; Croix et al., 2018). Neste processo, assegurámos uma postura neutra, disponível, recetiva, de confiança, de simpatia, de respeito, de civilidade, de sensibilidade cultural e julgamento de acordo com os padrões éticos e legais relevantes, procurando um equilíbrio entre a interação e a objetividade. Atendemos ainda à forma de apresentação, à fisionomia, à linguagem não verbal, à gestão dos momentos de silêncio, à colocação da voz, à formulação correta de questões e ao enquadramento das mesmas, conscientes da importância de apresentar uma capacidade metódica de questionar, de dinamizar a interação e de refletir criticamente sobre o conteúdo e interpretação. Procurámos observar o entrevistado, registando breves notas que considerámos significativas para a análise dos conteúdos das entrevistas e demonstrando escuta ativa na compreensão da linguagem.

Os aspetos acima mencionados, acerca da condução da entrevista, permitem estabelecer uma relação de confiança com o sujeito (Goulding, 2002; Croix et al., 2018), fundamental para que o investigador consiga encorajar o entrevistado à livre expressão (Flick, 2005; Lessart-Herbert et al., 2013) e à autoexploração pela reflexão (Morse, 1994).

No início da entrevista reforçamos as informações previamente dadas e enviadas por email. Na condução da entrevista, procurámos a introdução de áreas temáticas e a formulação intencional de questões assentes na revisão de literatura realizada (Flick, 2005; McGrath et al., 2018), adaptando cada questão em função da resposta anterior, de

forma a aprofundar e melhorar a compreensão do fenómeno (Lessart-Herbert et al., 2013). Atendemos ainda, no decorrer das mesmas, à motivação do participante e à ausência de memória para as experiências vivenciadas (Foddy, 1996).

No final da realização de seis entrevistas sentimos necessidade de alterar o guião de forma a objetivar a recolha de dados pretendida (Apêndice 3) (McGrath et al., 2018). Neste sentido modificámos os dois últimos objetivos da entrevista para:

- Identificar os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador;
- Descrever os recursos mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

As entrevistas foram transcritas pelo investigador, facilitando a imersão nas palavras dos informantes-chave, o conhecimento dos dados, a identificação de estruturas analíticas, de semelhanças e de diferenças (Demazière & Dubar, 2004; McGrath et al., 2018). Na transcrição da entrevista convencionou-se o uso de **bold** para as questões e interjeições colocadas pelo investigador e a escrita normal para o entrevistado. Na transcrição não foi registada a linguagem gestual do entrevistado e foi considerada a expressão do silêncio com a utilização de três pontos.

Após a transcrição, os dados foram devolvidos aos participantes por via eletrónica, com o objetivo de validar o conteúdo da entrevista (Flick, 2005; McGrath et al., 2018). No processo de validação das entrevistas três participantes realizaram alterações na transcrição das mesmas, acrescentando conteúdo que foi preservado.

### 2.3 – Tratamento e análise dos dados

O tratamento e análise dos dados iniciou-se imediatamente após a recolha realizada na primeira entrevista, usando o referencial dos autores Strauss e Corbin (2014) no que se refere à Teoria Fundamentada nos Dados.

Na primeira fase realizámos a codificação aberta, ou seja, efetuámos um processo de análise com o objetivo de identificar os conceitos e as suas propriedades e dimensões. Um conceito é uma representação abstrata de um fenómeno que é identificado pelo investigador nos dados e a conceitualização é o primeiro passo na construção da teoria.

Durante este processo procurámos separar os fenómenos de uma forma distinta, examiná-los de forma rigorosa e compará-los na busca de semelhanças e diferenças (Strauss & Corbin, 2014), sendo-lhes posteriormente atribuído um nome conceitual que os represente. Os nomes conceituais que atribuímos derivaram do contexto do fenómeno, mas também ocorreram *códigos in vivo*, extraídos das palavras dos entrevistados (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2014). Fomos agrupando os fenómenos considerados conceitualmente semelhantes em natureza ou relacionados em significado, em conceitos mais abstratos, categorias, considerando a sua capacidade de explicação (Strauss & Corbin, 2014). A associação de conceitos em categorias foi importante, pois permitiu reduzir o número de unidades em análise, e potenciar a previsão e a explicação. As categorias são então conceitos, originários dos dados e que representam o fenómeno em estudo. As categorias que emergiram no estudo derivaram dos dados e da revisão da literatura efetuada (Strauss & Corbin, 2014).

A codificação aberta pode ser realizada *linha a linha*, a uma *frase ou parágrafo inteiro*, ou *lendo atentamente o documento completo* (Strauss & Corbin, 2014). No estudo realizámos a codificação aberta *linha a linha*, utilizando a microanálise, e questionámos qual a ideia principal que emergia de uma *frase ou parágrafo inteiro*. Estas estratégias permitiram uma análise detalhada e discriminada dos dados, através da comparação e da formulação de perguntas, que possibilitaram separar e aprofundar os dados, distinguindo potenciais significados contidos nas palavras dos entrevistados e desenvolver de uma forma mais completa as suas propriedades e dimensões específicas. Na fase final da codificação aberta, realizámos a leitura completa das entrevistas

transcritas, questionando o que estava a acontecer e validando semelhanças e diferenças com as restantes entrevistas (Strauss & Corbin, 2014).

Nesta fase, o objetivo é especificar cada categoria definindo as suas características particulares e identificando como as propriedades variam ao longo das suas dimensões. As propriedades são características ou atributos, gerais ou específicos de uma categoria. As dimensões representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha. Quando delineamos as propriedades e dimensões de uma categoria, estamos a diferenciá-la de outras categorias e, simultaneamente, estamos a atribuir precisão a essa categoria. Neste processo, também podem ser definidas subcategorias, com propriedades e dimensões que especificam melhor cada categoria, indicando informações acerca do fenómeno (quando, onde, porquê e como) e conferindo um maior poder explicativo ao conceito (Strauss & Corbin, 2014).

Numa segunda fase, na codificação axial, procurámos relacionar as categorias com as suas subcategorias, de forma a encontrar explicações precisas e completas sobre o fenómeno, reagrupando os dados, anteriormente separados na codificação aberta. Iniciámos a codificação axial ainda durante a codificação aberta, após o estabelecimento de algumas categorias, e fomos realizando estes dois processos de codificação de forma paralela, fundindo com os dados que emergiam de cada nova entrevista realizada (Strauss & Corbin, 2014).

A codificação axial ocorre, então, em torno do eixo de uma categoria, associando as categorias ao nível das suas propriedades e dimensões, analisando a forma como as categorias se cruzam e se associam. Neste processo, organizámos as propriedades das categorias que foram emergindo, assim como as suas dimensões; identificámos condições, ações/interações e consequências associadas ao fenómeno em estudo; relacionámos categorias com as suas subcategorias; e procurámos indícios sobre o relacionamento entre as categorias principais (Strauss, 1987; Strauss & Corbin, 2014).

A integração da estrutura e do processo do fenómeno em estudo é essencial para a sua compreensão. A estrutura é o contexto condicional no qual uma categoria está localizada. O processo é a sequência de ação/interação inerente a um fenómeno, considerando a sua temporalidade. A compreensão da estrutura (porquê) e do processo (como) é fundamental para apreender a dinâmica e a natureza evolutiva do fenómeno (Strauss & Corbin, 2014). O processo e a estrutura estão intrinsecamente e

complexamente interrelacionados: a estrutura cria o contexto para a ação/interação, que tende a ser alterado com o tempo, e, conseqüentemente, a ação/interação acompanha esta mudança de forma a ficar consistente com a estrutura; o processo demonstra a capacidade dos participantes, responderem e moldarem as situações nas quais se encontram.

Nesta fase, e de forma a auxiliar a integração da estrutura com o processo, utilizámos uma ferramenta analítica, o *paradigma*, que apresenta como componentes básicos: as condições, as ações/interações e as conseqüências (Strauss & Corbin, 2014), a saber:

- As condições formam a estrutura, ou o conjunto de circunstâncias na qual as categorias são incorporadas. São conjuntos de acontecimentos que criam situações referentes ao fenómeno e que explicam a resposta dos participantes. A explicação do fenómeno deve incluir condições micro (mais próximas da interação) e macro (mais distantes da interação), e indicações sobre a forma como se interrelacionam entre elas e com as interações. As condições podem ser consideradas: causais, quando representam um conjunto de acontecimentos que influenciam o fenómeno; interventoras, quando alteram o impacto das condições causais no fenómeno e contextuais, quando um padrão se cruza dimensionalmente num momento e local para criar um conjunto de circunstâncias ou problemas, através dos quais as pessoas respondem com ações/interações. No estudo focámos o cruzamento complexo entre as condições subjacentes a um acontecimento, e as conseqüências das ações/interações dos participantes (Strauss & Corbin, 2014).
- As ações/interações emergem das condições e reportam-se a respostas estratégicas das pessoas/grupos a questões, problemas, acontecimentos ou factos. As ações/interações estratégicas são atitudes e comportamentos intencionais para resolver um problema e moldar o fenómeno (Strauss & Corbin, 2014).
- As conseqüências são o resultado das ações/interações, que ocorrem em resposta a uma questão/problema. As conseqüências têm propriedades particulares, podendo ser: singulares ou múltiplas; imediatas ou cumulativas; previstas ou imprevistas; visíveis ou invisíveis; e reversíveis ou irreversíveis. As conseqüências têm uma duração variada e o seu impacto pode ser restrito ou amplo (Strauss & Corbin, 2014).

A codificação para o processo ocorre durante a codificação aberta e axial, e implica manter o questionamento e a comparação constante, mudando o foco de análise. Passamos da análise e procura das propriedades e dimensões dos conceitos, para a análise da ação/interação ao longo do tempo, considerando as condições estruturais/contexto (Strauss & Corbin, 2014). A captura da dinâmica e dos vários cenários de ação/interação são fundamentais para compreender o fenómeno em estudo (Strauss & Corbin, 2014).

Aquando da análise das primeiras entrevistas observámos a relação entre os diferentes conceitos. Posteriormente, nos processos de tentativa de explicar as relações encontradas, começámos a associar as categorias e as subcategorias, tentando perceber se elas se integravam nas condições, ações/interações ou consequências, exprimindo desta forma um pressentimento inicial sobre a forma como os conceitos se relacionam (Strauss & Corbin, 2014).

Por fim, na terceira fase, ocorreu a codificação seletiva, que tinha como objetivo a integração e o refinamento das categorias. A integração é um processo contínuo que decorre no tempo, numa interação entre o investigador e os dados recolhidos, e em que está implícito a identidade do investigador, a evolução temporal e a imersão nos dados no pensamento crítico e investigativo, e os resultados cumulativos registados nos memorandos e diagramas. O reconhecimento de uma relação entre categorias implica um certo grau de interpretação e de seletividade do investigador.

O primeiro passo na integração é a descoberta da categoria central, que representa o tema principal da investigação, devendo esta reunir outras categorias e descrever sobre o que é a investigação (Strauss & Corbin, 2014).

Na escolha da categoria central considerámos os critérios identificados por Strauss (1987): deve aparecer frequentemente nos dados; o nome utilizado para descrever a categoria central deve ser suficientemente abstrato; todas as outras categorias importantes podem ser relacionadas com a categoria central; a categoria central consegue explicar variações e também o ponto principal dos dados; a explicação que resulta da relação entre as categorias é lógica e consistente; e à medida que o conceito é refinado através da integração, a teoria ganha mais profundidade e mais poder explanatório.

De modo a facilitar a identificação da categoria central e a integração de conceitos, recorreremos à redação de ensaios, à elaboração de diagramas e à revisão e classificação dos memorandos elaborados.

Strauss e Corbin (2014) referem que a redação de um enredo consiste em escrever em poucas linhas *o que parece que está a acontecer*, surgindo no final, uma história. A releitura, de uma forma geral, das entrevistas e das observações pode estimular o pensamento do investigador a compreender a essência da investigação. Após a descoberta da categoria central, a *história* deve ser reescrita utilizando as categorias existentes e as respetivas relações entre elas.

A elaboração de diagramas permite um distanciamento com os dados, forçando o investigador a trabalhar com conceitos e a pensar cuidadosamente sobre a lógica das relações estabelecidas. Uma sucessão de diagramas operacionais deverá resultar numa história integradora. O diagrama integrador é a representação abstrata dos dados e deve conter as categorias consideradas mais importantes (Strauss & Corbin, 2014).

A revisão e classificação dos memorandos de acordo com as categorias e com as associações multidimensionais, permite melhorar a qualidade do processo de integração. A organização dos mesmos torna-se mais difícil à medida que as relações entre as categorias se desenvolvem (Strauss & Corbin, 2014).

Depois de identificarmos o esquema teórico dominante, temos de refinar a teoria formulada. Este processo consiste na revisão do esquema procurando consistência interna e lógica, de forma a complementar as categorias que apresentem menos densidade, na extração de ideias pouco desenvolvidas ou desajustadas e na validação do mesmo esquema, pela análise comparativa entre os dados e o esquema e/ou confronto da história com os participantes (Strauss & Corbin, 2014).

Ao longo de toda o estudo redigimos memorandos analíticos e conceituais, e elaborámos diagramas com o objetivo de manter o estudo fundamentado e a consciência do investigador, considerando as características gerais dos mesmos referidas por Strauss e Corbin (2014).

Os mesmos autores referem que os memorandos e os diagramas vão crescendo e evoluindo em complexidade, densidade e clareza com o decorrer da investigação. Eles consideram os memorandos como registos escritos que expressam a análise realizada

pelo investigador ou a direção a tomar na investigação, devendo ser analíticos e conceituais. Referem ainda que os diagramas são memorandos visuais que representam as relações entre os conceitos (Strauss & Corbin, 2014).

Valorizámos no decurso do estudo a elaboração de memorandos e diagramas de acordo com os diferentes tipos de codificação, atendendo ao referido anteriormente por Strauss e Corbin (2014) acerca do desenvolvimento da técnica e do estilo de elaboração dos mesmos.

Assim, na codificação aberta começámos por elaborar memorandos iniciais com algumas considerações e direções. Posteriormente, desenvolvemos notas de codificação (onde procurámos identificar conceitos e categorias com algumas propriedades e dimensões), notas teóricas (onde questionámos possíveis propriedades e dimensões das categorias) e notas operacionais (onde registámos a direção a tomar ou operações a realizar) (Strauss & Corbin, 2014).

Na codificação axial, os memorandos devem relacionar as categorias e permitir o desenvolvimento das suas propriedades e dimensões. A elaboração de diagramas iniciais pode ser útil para classificar as relações. Elaborámos, assim, memorandos descritivos da relação entre as categorias, as suas propriedades e dimensões, e diagramas integradores das relações encontradas entre categorias e/ou subcategorias, que se foram complexificando no decorrer da investigação (Strauss & Corbin, 2014).

Considerando o objetivo da codificação seletiva, na integração de conceitos em torno de uma categoria principal, nesta fase fomos redigindo memorandos integradores que refletem a complexidade e a profundidade das considerações subjacentes à teoria. A elaboração do diagrama final integrador permitiu finalizar as relações e descobrir possíveis falhas na lógica da teoria (Strauss & Corbin, 2014).

Os memorandos e diagramas que vão sendo elaborados podem alterar, negar, ampliar ou suportar os anteriormente elaborados, não devendo por isso ser considerados supérfluos, pois permitem obter distância analítica em relação aos dados.

A redação e construção da teoria deve basear-se na construção e no desenvolvimento de uma *história analítica clara*, que emerge pela leitura, classificação e revisão dos memorandos e diagramas, fundamental para a descoberta de como as categorias se reúnem em torno de uma categoria principal (Strauss & Corbin, 2014).

## *Síntese*

Considerando a questão de investigação, o fenómeno em estudo e a parca investigação nesta área e nesta perspetiva, optámos pela utilização de uma metodologia de cariz qualitativo, partindo da descrição de um contexto específico na possibilidade de, em profundidade, investigar o processo de desenvolvimento de competências, num formato de estudo de caso em harmonia com a teoria fundamentada nos dados.

Baseados na descoberta e interpretação das experiências vividas pelos enfermeiros, procurámos compreender a vivência das experiências relacionadas com a orientação de estudantes de Enfermagem, extraindo o seu significado – na possibilidade de teorizar a partir dos dados sistematicamente recolhidos num processo de análise e comparação constante – com vista à explicação do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de estudantes de Enfermagem em ensino clínico.

O estudo decorreu em dois contextos de um Centro Hospitalar da Grande Lisboa, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros em diferentes estádios de desenvolvimento sócio-profissional de Benner (2001) e com experiências diferentes na orientação de estudantes de Enfermagem do CLE.

A amostragem teórica foi conduzida pelos conceitos derivados da codificação dos dados e da evolução da teoria, e considerou os três tipos de codificação (aberta, axial e seletiva) até considerarmos que tínhamos atingido a saturação de dados.

O tratamento e análise dos dados iniciou-se imediatamente após a primeira entrevista, considerando o referencial de Strauss e Corbin (2014). Ao longo do estudo elaborámos memorandos e diagramas de acordo com os diferentes tipos de codificação, o que nos possibilitou a redação e a construção da teoria.

### 3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação em Enfermagem é suportada por princípios éticos estabelecidos para a investigação científica (avaliação da beneficência e maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade) e, por isso, atende a legislação internacional e nacional no que diz respeito à proteção dos direitos fundamentais da Pessoa: direito à autodeterminação, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à intimidade, direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e direito a um tratamento justo e equitativo (International Council of Nurses, 2003; Regulamento (UE) n.º 679/2016; Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto; Nunes, 2020; Declaração de Helsínquia, 2013).

A Ordem dos Enfermeiros (2002, 2006), considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as estratégias e orientações do Plano Nacional de Saúde e os subsídios das Unidades de Investigação em Enfermagem e dos Órgãos Sociais, define, como um dos eixos prioritários de investigação, a Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências, nomeadamente estudos sobre a aquisição de competências ao longo da vida na área da supervisão clínica. A questão de investigação subjacente a este estudo – “O que caracteriza o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem em contexto hospitalar?” – enquadra-se neste eixo prioritário, pretendendo obter fundamentos úteis, científicos e sociais que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento da disciplina e da profissão.

O investigador assume o dever de cumprir os princípios éticos em investigação, de proteger os direitos fundamentais dos participantes enquanto Pessoa e de assegurar a integridade da investigação científica ao longo das diferentes fases, decorrente também dos princípios éticos mencionados no Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (2018):

- Fiabilidade na conceção, na estratégia da investigação e na codificação dos dados;
- Honestidade na redação da investigação e na comunicação dos resultados, de forma imparcial, completa e transparente, assegurando a integridade, o rigor e a autenticidade da informação;

- Respeito pelos pares, direitos de autor e participantes, garantindo também a análise relativa aos benefícios e riscos (Princípio da Beneficência e Não Maleficência) dos participantes;
- Responsabilidade em todas as fases da investigação.

Neste sentido, e relativamente ao planeamento do estudo, foi solicitada autorização para a realização do mesmo seguindo o Procedimento interno para a Instrução dos Processos dos Estudos de Investigação do Centro Hospitalar da Grande Lisboa. O pedido foi enviado para Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, que o reencaminhou para a Comissão de Ética para a Saúde e para o Conselho de Administração. A existência de um parecer favorável prévio constitui requisito da Lei da Investigação Clínica (Lei n.º 21/2014, de 14 de abril, Artigo 16, n.º 1.), sem o qual o estudo não pode ser realizado.

Foi entregue ao Gabinete de Investigação e Desenvolvimento o comprovativo de inscrição no Doutoramento, o pedido de autorização institucional (Conselho de Administração e Comissão de Ética para a Saúde), os termos de responsabilidade (Investigador Principal e Orientador), os termos de autorização local (Enfermeiro Chefe), a proposta do estudo, o curriculum vitae do investigador, a informação para os participantes (Apêndice 4), o termo de consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice 5) e o guião da entrevista (Apêndice 1).

Na informação aos participantes e no consentimento informado, livre e esclarecido foi incluído um conjunto de informações sobre o estudo, que permitiu uma decisão informada, livre e esclarecida. Desta informação constavam o objetivo geral do estudo, os objetivos específicos do estudo, o contributo do estudo para a disciplina de Enfermagem, os contextos onde decorre o estudo, a seleção dos participantes, as informações relacionadas com o instrumento de recolha de dados, a garantia de que o estudo não comporta qualquer tipo de despesa ou risco e os aspetos éticos inerentes ao percurso do estudo.

O consentimento informado, livre e esclarecido garante a aceitação voluntária e informada de participação no estudo, preservando a autodeterminação do participante, sendo um dos critérios para a seleção dos participantes. Permite ainda a proteção e liberdade de escolha dos participantes e, por isso, foi assegurado que os participantes poderiam abandonar o estudo a qualquer momento, se assim o entendessem, procedendo-se à anulação da entrevista e eliminação dos dados.

Em relação à entrevista, os participantes foram informados que a mesma teria a duração de sensivelmente uma hora, seria realizada em local a combinar nos serviços, seria gravada em áudio (de forma a facilitar a transcrição) e guardada em ficheiro seguro com acesso através de password. Na escolha do local para a entrevista, atendemos à privacidade, à descrição e à calma necessárias à criação de um ambiente propício para a recolha de dados. Após a transcrição da entrevista, esta seria enviada por via eletrónica para o participante que validaria o seu conteúdo, podendo alterar alguma informação se assim o entendesse. O anonimato das participantes seria assegurado numa fase inicial pela atribuição de um número a cada entrevista (Morse, 1994; Polit et al., 2004; Flick, 2005; Lopes, 2005; Lessart-Herbert et al., 2013). No entanto, ao longo do estudo, na pesquisa sistemática da literatura com vista à comparação constante necessária à metodologia, visitámos o artigo de MacLaren (2018) que abordava a técnica de desenvolvimento de constelações para explorar as relações de apoio aos enfermeiros orientadores e determinar a natureza do suporte aos mesmos nos contextos de trabalho. Posteriormente, e considerando a analogia encontrada, atribuímos de forma indutiva a cada participante o nome de uma estrela.

O consentimento informado, livre e esclarecido, para além de ter sido dado por escrito, foi verbalizado pelos participantes no início de cada entrevista.

Garantimos a confidencialidade e a segurança dos dados no processo de codificação e na divulgação, incluindo a referência a que os mesmos seriam apenas utilizados para o fim do estudo, que os resultados seriam divulgados aos participantes e que 2 anos após a publicação do estudo seriam destruídos (Austin, 2013; Deodato, 2010a; Deodato, 2010b; Morse, 1994; Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto; Regulamento (UE) n.º 679/2016).

Ainda no tratamento dos dados, assumimos a responsabilidade pela segurança e proteção dos dados, fidelidade e equidade no tratamento, transparência de informação e de comunicação, considerando a obrigação de sigilo/dever do segredo e registando a atividade do investigador (Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto; Regulamento (UE) n.º 679/2016).

Durante o estudo, procurámos garantir o rigor metodológico na investigação de natureza qualitativa, considerando o *framework* de Guba e Lincoln (1994):

- A credibilidade refere-se à confiança na veracidade e interpretação dos dados recolhidos. Neste estudo procurámos a validação dos dados recolhidos com os

participantes e triangulação dos mesmos com recurso ao método de comparação constante e sistemática com a literatura;

- A fiabilidade reporta à estabilidade dos dados considerando as condições numa linha temporal. Sem fiabilidade não é possível obter credibilidade. Garantimos assim a transcrição imediata das entrevistas e posterior codificação, a elaboração de memorandos e diagramas, e a comparação constante e sistemática com a literatura;

- A conformidade retrata a objetividade e o potencial de congruência entre os investigadores relativamente à precisão, relevância e significado dos dados. Asseguramos na validação dos conceitos emergentes e das categorias a discussão entre os investigadores;

- A transferibilidade entende a extensão dos dados descobertos a outros contextos. Certificámos a construção de uma amostragem teórica intencional, direcionada para os três tipos de codificação, que privilegiasse a diversidade e variabilidade de participantes, até atingirmos a saturação de dados;

- A autenticidade remete para a apresentação precisa e verídica da realidade. Procurámos a clarificação dos conceitos e das relações entre as categorias encontradas, que baseadas nos dados suportem uma teoria robusta (Guba & Lincoln, 1994; Polit & Beck, 2014).

### **PARTE III – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Esta parte do trabalho tem como objetivo a apresentação e discussão dos achados que emergiram do estudo, caracterizando os mesmos com os verbantis enunciados pelos entrevistados.

De forma a contextualizar esta apresentação e discussão, recordamos que a questão de partida para este estudo foi compreender o processo desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico de estudantes do CLE em contexto hospitalar.

Outras questões foram formuladas de forma a orientar o estudo:

- Quais os “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador?
- Que aspetos do contexto profissional influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador?
- Quais os recursos pré-adquiridos ao longo da vida que são mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador?

A apresentação e discussão dos resultados considerou então os aspetos referenciados nas questões formuladas, agrupados no que considerámos dois grandes blocos temáticos: os “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, e os recursos mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador de ensino clínico de estudantes do CLE.

Antes de iniciarmos a apresentação e discussão dos resultados, consideramos fundamental descrever os contextos onde foi realizado o estudo e apresentar os participantes do mesmo.

Assim, no primeiro capítulo, iremos apresentar a caracterização dos contextos, que foi realizada com recurso aos documentos disponíveis no website e na intranet do hospital, e com as informações fornecidas pelos enfermeiros chefe dos serviços e pelos participantes.

No segundo capítulo iremos caracterizar os participantes, considerando o seu percurso educacional e profissional, e evidenciando a reflexão realizada pelos mesmos nas diferentes fases das suas vidas.

No terceiro capítulo iremos apresentar e discutir a expressão dos “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, atendendo às duas dimensões que emergiram: a socialização primária e a socialização secundária.

Por fim, no quarto capítulo apresentaremos e discutiremos os recursos mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador de ensino clínico de estudantes do CLE.

## 1. OS CONTEXTOS

Este estudo foi realizado num Centro Hospitalar da Grande Lisboa considerando o expressivo número de estudantes de Enfermagem que esta instituição acolhe em contexto de EC do CLE.

Este Centro Hospitalar<sup>4</sup>, Entidade Pública Empresarial (EPE), foi criado em 2005 e está integrado no Serviço Nacional de Saúde, sendo constituído pela fusão de dois hospitais do concelho. Pretende trabalhar para ser assumido como uma organização de referência no desenvolvimento de procedimentos inovadores e eficazes no tratamento de utentes em ambulatório e em internamento. Tenciona ainda, distinguir-se pela sua acessibilidade e especialidade, e pelo comprometimento para com o utente enquanto instituição com elevada competência na assistência, na evolução e inovação na prestação de cuidados de saúde. Esta instituição declara como missão a promoção da saúde e a prestação de cuidados de saúde especializados a todos os utentes, no âmbito das suas responsabilidades, respeitando a dignidade das pessoas. Assume ainda o estímulo pelo desenvolvimento profissional, assegurando a qualidade e eficiência da organização. A instituição desenvolve também atividades complementares, como as de ensino, de investigação e de formação de acordo com a regulamentação nacional.

Este Centro Hospitalar está organizado em sete departamentos, entre os quais o departamento de Medicina e o departamento de Cirurgia. O primeiro é constituído por doze serviços e duas unidades. O segundo é constituído por um Bloco Operatório, uma unidade de Cirurgia de Ambulatório e seis serviços. Este estudo decorreu no serviço de Medicina Interna e no serviço de Cirurgia Geral.

### 1.1 – Serviço de Medicina Interna<sup>5</sup>

O serviço de Medicina Interna foi inaugurado em 1959 e, desde então, tem sido alvo de inúmeras reestruturações. Está integrado no Departamento de Medicina e é constituído por sete unidades funcionais: três serviços de internamento, duas unidades de cuidados

---

<sup>4</sup> A informação relativa ao Centro Hospitalar foi retirada do site oficial do mesmo.

<sup>5</sup> A informação relativa ao Serviço de Medicina Interna foi retirada do site oficial do Centro Hospitalar e do Regulamento Interno do Serviço de Medicina.

intermédios, um hospital de dia, uma unidade de hospitalização domiciliária e um grupo de apoio de medicina interna.

No desenvolvimento da atividade, o serviço de Medicina Interna rege-se pelos princípios da humanização e não discriminação, respeito pela confidencialidade e dignidade individual, promoção da saúde na comunidade, atualização face aos avanços da investigação e da ciência, excelência técnico-profissional, ética profissional, promoção da multidisciplinaridade e respeito pelo ambiente. Assume como missão a promoção da saúde, a prestação de cuidados de saúde diferenciados e o estímulo para o desenvolvimento profissional. Como visão adota o ser reconhecido como um serviço de referência no tratamento dos utentes e na excelência da prática médica e de Enfermagem, pretendendo desenvolver atividades de ensino e de investigação.

O serviço de Medicina Interna pretende prestar cuidados diferenciados no diagnóstico, tratamento e prevenção da agudização de patologias crónicas. Entre outros, considera como aspetos fundamentais: a formação científica como forma de concretizar uma cultura institucional baseada na valorização dos profissionais; a promoção da realização e satisfação dos profissionais; e a implementação de estratégias que aspirem a promoção da melhoria sistemática da qualidade dos cuidados.

O serviço dispõe de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social e assistentes técnicos) distribuídos pelas várias unidades funcionais, que asseguram a sua atividade. A equipa de Enfermagem é constituída pelo enfermeiro chefe, enfermeiros especialistas e enfermeiros que integram as equipas das diferentes unidades funcionais. O enfermeiro chefe atua funcionalmente e em parceria com o diretor de serviço na resolução de todos os assuntos de gestão operacional e estratégica do serviço, e ainda em situações que impliquem a coordenação intersectorial.

No âmbito da formação, o serviço considera-a importante para a manutenção e melhoria da qualidade as seguintes atividades: reuniões de serviço; visita e reuniões clínicas; concretização dos planos de formação definidos anualmente; colaboração na formação de outros profissionais; manutenção e desenvolvimento de protocolos de parceria com as instituições de Ensino Superior; e elaboração e publicação de trabalhos científicos.

Relativamente ao ensino, o serviço preconiza atividades regulares de formação médica e de Enfermagem, colaborando na formação de estudantes de Enfermagem do CLE, enfermeiros do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, médicos internos do

internato de formação geral e do Mestrado Integrado em Medicina e estudantes provenientes de universidades de outros países ao abrigo do programa ERASMUS. O serviço de medicina interna, em 2015, submeteu o processo para lhe ser reconhecida idoneidade formativa para a prática clínica em Enfermagem. Segundo informação do enfermeiro chefe o mesmo não foi homologado devido à transição do mandato da OE. No âmbito da formação pós-graduada, o serviço tem idoneidade formativa para internos do internato de formação geral e para internos de formação específica de outras especialidades aquando da realização de estágios de medicina interna.

A investigação é também valorizada através do incentivo à realização de estudos, ao desenvolvimento de projetos de investigação clínica e à divulgação dos mesmos em formato de artigos para publicação em revistas científicas. A realização de Normas de Orientação Clínica, o estímulo para a participação em ensaios clínicos e estudos multicêntricos e para a participação em programas de mestrado e doutoramento é também considerada.

O estudo realizado envolveu três unidades funcionais do serviço de Medicina: dois serviços de internamento que passamos a chamar de unidade A<sup>6</sup> e uma unidade de cuidados intermédios que será denominada de unidade B<sup>7</sup>.

A unidade A possui capacidade para 46 utentes e a unidade B comporta sete utentes. Nestas unidades é utilizado o método individual de trabalho, sendo a distribuição dos enfermeiros realizada de acordo com o grau de dependência dos doentes identificada na avaliação da Escala de Barthel, considerando a continuidade de cuidados. Na unidade A estão 10 enfermeiros alocados no turno da manhã, seis enfermeiros no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite. Na unidade B estão afetos dois enfermeiros por turno.

A equipa de Enfermagem do serviço de Medicina é única e é constituída por um total de 66 enfermeiros nas duas unidades onde decorreu o estudo, sendo que cada unidade tem um *core* de enfermeiros exclusivos, mas com a possibilidade de mobilização de recursos sempre que necessário, desde que exista integração prévia nas respetivas unidades. Para

---

<sup>6</sup> A informação relativa à Unidade A foi retirada do Regulamento da Unidade e complementada com informação fornecida pela Chefia do serviço.

<sup>7</sup> A informação relativa à Unidade B foi retirada do Regulamento da Unidade e complementada com informação fornecida pela Chefia do serviço.

os enfermeiros da unidade B prevê-se a necessidade de formação e treino na área da medicina intensiva.

Nestas unidades existem 10 enfermeiros especialistas, sendo que cinco são especialistas em Enfermagem médico-cirurgia e cinco são especialistas em Enfermagem de reabilitação. Destes últimos, apenas três estão a prestar cuidados especializados na área de reabilitação. Atualmente, existem ainda dois enfermeiros a frequentar o mestrado em Enfermagem de reabilitação. Relativamente à formação específica na área de orientação de estudantes, um enfermeiro possui um curso na área de orientação de estudantes para enfermeiros.

A formação em serviço é da responsabilidade de um enfermeiro, que colabora com a chefia na elaboração do programa de formação, replicado anualmente e que contempla formação em diferentes áreas. Todos os enfermeiros do serviço estão envolvidos em projetos de melhoria contínua da qualidade. Neste plano de formação não é contemplada formação relacionada com a orientação de estudantes, nem encontramos disponível<sup>8</sup> nenhum procedimento sobre a orientação de estudantes de Enfermagem nestas unidades. No entanto, o regulamento da unidade B refere que o enfermeiro é responsável por colaborar na formação realizada na unidade, incluindo a orientação de estudantes em ensino clínico, a integração/formação de enfermeiros recém-admitidos e nos projetos de desenvolvimento institucional e do serviço.

Nas duas unidades existem 36 enfermeiros que realizam orientação de estudantes de Enfermagem do CLE. Na unidade A todos os responsáveis de turno orientam estudantes e na unidade B todos os enfermeiros orientam estudantes. Os enfermeiros especialistas orientam enfermeiros a frequentar o Mestrado em Enfermagem.

A unidade A recebe estudantes do 1.º e do 2.º ano de dois estabelecimentos de ensino, ambas com acompanhamento presencial do docente. Esta unidade recebe também, em regime de acompanhamento não presencial pelo docente, estudantes do 2.º ano e do 4.º ano de quatro estabelecimentos de ensino diferentes.

A unidade B recebe apenas estudantes do 4.º ano de cinco estabelecimentos de ensino distintos.

---

<sup>8</sup> Consultados os procedimentos sectoriais do serviço na intranet do Centro Hospitalar.

A planificação do número de estudantes a acolher nos serviços e a distribuição desses estudantes pelos enfermeiros orientadores é realizada pela Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Chefe. A escolha dos orientadores, considerando que a equipa é muito jovem e constituída por muitos enfermeiros com contratos de substituição, é baseada no desenvolvimento das competências individuais e profissionais dos enfermeiros. Também são atendidas, quando há conhecimento, as características e as necessidades dos estudantes, para a escolha do orientador.

O serviço de Medicina é um serviço que oferece oportunidades para o desenvolvimento dos seus profissionais, considera a multidisciplinaridade como fonte de aprendizagem e valoriza a formação de enfermeiros e o desenvolvimento holístico das competências dos estudantes de Enfermagem.

### *Síntese*

O estudo decorreu no serviço de Medicina, nomeadamente nas unidades A e B, que são contextos que acolhem EC de forma regular. Na unidade A ocorrem ensinamentos clínicos do 1.º e do 2.º ano, acompanhados de forma presencial do professor do estabelecimento de ensino, e estudantes do 4.º ano em regime de orientação não presencial por parte do professor. A unidade B recebe estudantes do 4.º ano sem acompanhamento do professor.

No serviço de Medicina 54,5% dos enfermeiros orientam estudantes de Enfermagem, sendo que na unidade A a orientação é realizada pelos enfermeiros responsáveis de turno e na unidade B é realizada por todos os enfermeiros da equipa. Realça-se, deste contexto, a experiência da equipa de Enfermagem na orientação de estudantes. A seleção dos orientadores de ensino clínico é realizada pela chefia do serviço, considerando as competências individuais e profissionais dos enfermeiros e, quando conhecido, as características e necessidades dos estudantes.

Relativamente ao desenvolvimento profissional, 15% dos enfermeiros são especialistas e/ou têm Mestrado na área de Enfermagem, sendo que 7,5% são da área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e 7,5% da área da Enfermagem de Reabilitação. Estão neste momento 3% dos enfermeiros a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Neste contexto, todos os enfermeiros estão integrados em projetos de melhoria contínua da

qualidade. Relativamente à formação na área de orientação de estudantes, 1,5% tem formação específica nesta área. Constatámos ainda que esta temática não está incluída no programa de formação contínua do serviço e que não existe qualquer procedimento ou orientação relativa à orientação de estudantes de Enfermagem. No entanto, o Regulamento da unidade B prevê a colaboração dos enfermeiros na formação, nomeadamente na orientação de estudantes em ensino clínico.

## 1.2 – Serviço de Cirurgia Geral<sup>9</sup>

O serviço de Cirurgia Geral está integrado no departamento de Cirurgia e é constituído por três unidades funcionais.

Assume como missão o atendimento e o tratamento de utentes que necessitem de cuidados da Cirurgia Geral, planeando, executando e avaliando cuidados de saúde, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade e da articulação com as diferentes estruturas de apoio às necessidades de saúde da população.

O serviço dispõe de um quadro de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisiatra, fisioterapeuta, assistentes operacionais, assistente social e assistentes técnicos) distribuído pelas unidades funcionais, que asseguram a sua atividade.

O estudo realizado envolveu duas das unidades funcionais do serviço de Cirurgia Geral: o serviço de internamento que passamos a chamar de unidade C e a unidade de cuidados intermédios que será denominada de unidade D<sup>10</sup>.

A unidade C apresenta uma capacidade para 44 utentes e a unidade D suporta oito utentes. Na unidade C estão afetos oito enfermeiros no turno da manhã, seis enfermeiros no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite. Na unidade D estão alocados dois enfermeiros em cada turno.

---

<sup>9</sup> A informação relativa à Serviço de Cirurgia foi retirada do site oficial do Centro Hospitalar e complementada com informação fornecida pela Chefia do serviço.

<sup>10</sup> A informação relativa à Unidade D foi retirada do Regulamento da Unidade e complementada com informação fornecida pela Chefia do serviço.

A equipa de Enfermagem é única, constituída por um total de 52 enfermeiros nas duas unidades onde decorreu o estudo. Os enfermeiros podem estar alocados às duas unidades, desde que tenham realizado a respetiva integração.

Nestas unidades existem 10 enfermeiros especialistas, sendo que sete são especialistas em Enfermagem Médico-Cirurgia e três em Enfermagem de Reabilitação. Quando há disponibilidade, um enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação presta cuidados especializados nas duas unidades. Relativamente à formação específica na área de orientação de estudantes, um enfermeiro participou no Projeto Europeu Ideus – *Implementation of Dedicated Education Units in Europe: Formação de Mentores Clínicos*.

A formação em serviço é da responsabilidade de um enfermeiro, que colabora com a chefia na elaboração do programa de formação bienal e que é baseado no diagnóstico de situação efetuado. Neste plano de formação não é contemplada formação relacionada com a orientação de estudantes. Iniciaram em colaboração com o serviço de Anestesia a pesquisa de Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina na consulta de anestesia de forma a identificarem antecipadamente utentes portadores deste microrganismo. Não encontramos disponível nenhum procedimento<sup>11</sup> sobre a orientação de estudantes de Enfermagem.

Nas duas unidades existem 29 enfermeiros que realizam orientação de estudantes de Enfermagem do CLE. Os enfermeiros especialistas orientam enfermeiros a frequentar o Mestrado em Enfermagem.

As unidades C e D recebem estudantes do 2.º ano do CLE de dois estabelecimentos de ensino distintos, sem acompanhamento presencial do docente. Estas unidades acolhem também, na mesma modalidade de acompanhamento, estudantes do 4.º ano de seis estabelecimentos de ensino diferentes. A unidade C recebe ainda estudantes do 2.º ano do CLE, com acompanhamento presencial do docente.

O planeamento do número de estudantes a acolher nos serviços e a distribuição desses estudantes pelos enfermeiros orientadores é realizada pela enfermeira chefe. A escolha dos enfermeiros para serem orientadores é realizada de forma empírica pela enfermeira chefe de acordo com a capacidade do enfermeiro para se relacionar com os estudantes e

---

<sup>11</sup> Consultados os procedimentos sectoriais do serviço na intranet do Centro Hospitalar.

considerando o perfil, a experiência, a aptência e a disponibilidade do enfermeiro. Existem enfermeiros que iniciam o seu percurso como orientadores ao final de dois anos, pois apresentam maturidade e postura, enquanto outros podem iniciar mais tarde, ou até não iniciar. A escolha de um enfermeiro orientador para um estudante do 2.º ano em regime não presencial ou de 4.º ano é influenciada pelas capacidades de questionamento e explicação do enfermeiro.

### *Síntese*

No serviço de Cirurgia, o estudo decorreu nas unidades C e D, que são contextos que recebem ensinamentos clínicos de forma periódica. A unidade C acolhe ensinamentos clínicos do 2.º ano, acompanhados de forma presencial do professor do estabelecimento de ensino, e ensinamentos clínicos dos 2.º e 4.º anos sem acompanhamento presencial do professor. A unidade D recebe ensinamentos clínicos dos 2.º e 4.º anos em regime não presencial do professor do estabelecimento de ensino.

No serviço de Cirurgia 55,7% dos enfermeiros orientam estudantes de Enfermagem. A eleição dos orientadores de ensino clínico é realizada pela chefia do serviço considerando o perfil, a experiência, a aptência, a disponibilidade e a capacidade de relação do enfermeiro.

Relativamente ao desenvolvimento profissional, 19,2% dos enfermeiros são especialistas e/ou têm Mestrado na área de Enfermagem, sendo que 13,4% são da área da Enfermagem Médico-Cirúrgica e 5,8% da área da Enfermagem de Reabilitação. O serviço de cirurgia tem enfermeiros que integram todos os grupos de trabalho do Centro Hospitalar. Relativamente à formação na área de orientação de estudantes, 1,9% tem formação específica nesta área. Verificámos que o programa de formação contínua do serviço não contempla este tópico e que não existe qualquer procedimento ou orientação relativa à orientação de estudantes de Enfermagem.

## 2. OS PARTICIPANTES

Na caracterização dos participantes optámos por realizar uma breve apresentação do percurso educacional e profissional de cada entrevistado, evidenciando a reflexão realizada pelos mesmos nas diferentes fases das suas vidas.

De forma a assegurarmos o anonimato de cada participante, utilizámos a pseudonimização, tendo optado pela atribuição de um nome de uma estrela. Esta nossa decisão foi sustentada num estudo realizado por MacLaren (2018), que utilizou a técnica de desenvolvimento de constelações para explorar as relações de apoio aos enfermeiros orientadores e determinar a natureza do suporte aos mesmos nos contextos de trabalho. As constelações, que também podem ser designadas por redes de desenvolvimento, permitem recolher informações sobre o número, a força e os atributos da relação, de forma a obter uma imagem de como os indivíduos percebem o suporte dado pelos pares no seu desenvolvimento. Considerámos então os nossos entrevistados como a estrela de várias constelações, onde estão inseridos nos diferentes contextos.

De uma forma indutiva encontrámos uma ligação simbólica entre o nome da estrela e a representação que percebemos dos relatos dos percursos de vida de *Alderamin, Alya, Bellatrix, Electra, Homan, Ksora, Lucida, Nash, Nashira, Rana, Regor, Saiph e Talitha*.

*“É difícil não estabelecendo uma relação com um enfermeiro haver um bom desenvolvimento do estudante.”*

*“Uma pessoa que não domina claramente a área de intervenção é difícil orientar estudantes.”*

*“A capacidade de análise a nível da preceptoria acho que tem de ser uma das competências que tem de ser desenvolvida.”*

*Alderamim* cresceu no meio rural num contexto familiar alargado, e valoriza o estímulo de um familiar no desenvolvimento da sua capacidade de análise. Ainda a nível educacional enaltece a relação de proximidade com os professores, a perícia e a imagem dos professores enquanto modelos. Recorda experiências no ensino clínico que encarou como uma aprendizagem para o atual exercício de funções como orientador. *Alderamim* destaca ainda a experiência na área da saúde mental como promotora do desenvolvimento da capacidade de análise.

Tem catorze anos de experiência profissional, manifestando ao longo do percurso profissional interesse e motivação no seu desenvolvimento, tendo tirado, logo após o término do curso, uma Pós-graduação em Gestão de Cuidados. Posteriormente realizou o Doutoramento em Psicologia/Antropologia e depois o Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Para além deste percurso académico, *Alderamim* também frequentou inúmeras formações, entre as quais destacamos um curso de preceptoria para enfermeiros.

Relativamente aos contextos de trabalho, *Alderamim* exerceu funções na área da Psiquiatria e trabalha atualmente na Medicina. Refere ter escolhido o primeiro contexto pelos desafios e projetos que era necessário implementar. Teve uma experiência de trabalho fora de Portugal, onde exerceu funções de gestão. No atual contexto, participa em projetos de melhoria contínua da qualidade, assumindo a coordenação de um desses projetos. Exerce também funções como professor em tempo parcial num estabelecimento de ensino, tendo o Título Especialista (Decreto-Lei n.º 206/2009 de 31

de agosto). Na atividade docente leciona disciplinas que estimulam o desenvolvimento do pensamento crítico e realiza orientação de estudantes do 2.º ano.

Iniciou o seu percurso na orientação de estudantes há 13 anos, em parceria com outro enfermeiro, tendo orientado estudantes de todos os anos do CLE e de diferentes estabelecimentos de ensino. *Alderamim* valoriza no início do percurso como orientador ter realizado uma coorientação com uma enfermeira perita. Ao descrever o percurso como orientador, o discurso é direcionado para a capacidade de análise e para a metacognição. Considera também fundamental o domínio da área de atuação para poder orientar estudantes de Enfermagem.

*“...enquanto orientadora... baseamo-nos ... na nossa experiência, no que nos foi e a forma como nos foi ensinado...nos modelos...”*

*“...acabei por ver como é que eles lidavam com o grupo, acabou-nos também por dar a parte das competências sociais, o lidar com o outro...”*

*“...tem de haver aqui uma grande capacidade de comunicação... acho que isso depois manifesta-se ... na forma como eles posteriormente vão estar enquanto enfermeiros e enquanto futuros orientadores...”*

Alya cresceu num ambiente familiar com um certo grau de autoritarismo e disciplina que considera ter sido promotor da sua capacidade de organização e do rigor que manifesta. Sempre gostou muito de ensinar e de partilhar. Valoriza o desenvolvimento das competências sociais pelas atividades de grupo em que participou e pela observação dos monitores.

No ensino secundário teve uma professora que era cativante e que conseguia “plantar sementes” (sic) com as experiências que relatava. Durante o CLE, Alya teve muitos professores que a inspiraram pela capacidade de motivação e de compreender as necessidades específicas de cada estudante. Recorda que teve experiências em ensino clínico que não a motivaram enquanto estudante, mas por outro lado teve enfermeiros orientadores que a fascinaram pela postura com os utentes e com os estudantes. Valoriza ainda no orientador a disponibilidade e relação de proximidade.

Alya tem 14 anos de exercício profissional. Exerce funções desde há quatro anos no serviço de Medicina. Também trabalhou na Cirurgia durante cinco anos e numa Unidade de Cuidados Continuados durante cerca de dois anos. Esteve dois anos fora de Portugal a trabalhar como supervisora e gestora de uma unidade de saúde. Esta experiência permitiu a Alya desenvolver a capacidade de organização e de liderança. Tem funções de chefia de equipa há dois anos com conseqüente desenvolvimento da capacidade de gestão de conflitos e de liderança. No contexto profissional, enfatiza um chefe de equipa que teve, pelos conhecimentos que transmitiu, e uma chefe de serviço

pela capacidade de impulsionar a equipa. Fez vários cursos com alguma carga horária em áreas específicas do seu interesse.

Iniciou o percurso como orientadora há nove anos, tendo orientado um estudante do 2.º ano, três do 4.º ano e um estudante internacional em programa de mobilidade. Também colaborou na orientação de grupos de estudantes do 2.º ano, em colaboração com o docente que estava no serviço de forma presencial. *Alya* valoriza as experiências em ensino clínico, a experiência como orientadora, a observação dos colegas e o desenvolvimento de conhecimentos teóricos como imprescindíveis para a trajetória enquanto orientadora. No seu percurso assume ter desenvolvido a capacidade de comunicação e a capacidade de desenvolver no estudante o pensamento crítico. Refere ainda sentir necessidade de estar mais fundamentada em termos pedagógicos para exercer a função de orientadora.

Recentemente foi convidada por um estabelecimento de ensino como docente a tempo parcial, onde teve a oportunidade de orientar um grupo de estudantes do 1.º ano. Nesta experiência, *Alya* considerou muito interessante conhecer cada aspeto particular dos estudantes e enaltece o desafio para encontrar estratégias para motivar os estudantes.

*“...para ser um bom orientador... é importante ter o domínio das competências técnico-científicas, mas também desenvolver algumas capacidades relacionais...”*

*“... a eficiência ou a eficácia da orientação tem muito a ver com a avaliação que nós fazemos do estudante.”*

*Bellatrix* teve um percurso escolar regular, apesar de ter interrompido o percurso académico para ponderar e decidir a escolha do curso superior. Realça no seu desenvolvimento o incentivo precoce à leitura como instigador da curiosidade e de gostar de fazer muitas coisas ao mesmo tempo e em diferentes áreas. Recorda ainda que no ensino secundário sempre gostou muito de partilhar apontamentos. *Bellatrix* reforça que sempre teve na sua família pessoas que fizeram desenvolvimento académico paralelo ao exercício profissional. Durante o CLE procurou escolher os ensinamentos clínicos de acordo com o que lhe parecia ser mais interessante, mesmo que fosse mais difícil.

Tem 13 anos de exercício profissional, sempre no contexto de Cirurgia, apesar de ter experiência em instituições de apoio a pessoas idosas, internamentos de hospitais privados e em clínicas privadas. *Bellatrix* exerce também funções como professor a tempo parcial num estabelecimento de ensino, tendo o Título de Especialista (Decreto-lei n.º 209/2009 de 21 de agosto). Após o CLE, tirou uma pós-graduação em gestão e tratamento de feridas, e frequentou o 1.º ano do Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, que não concluiu, tendo reingressado após o curso de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, noutra mestrado na área da gestão. Para além do percurso académico, *Bellatrix* fez muita formação na área de Enfermagem e participou em projetos relacionados com supervisão clínica no estabelecimento de ensino onde leciona.

A nível profissional valoriza a competitividade saudável que encontrou no contexto de trabalho e o esforço suplementar realizado para acompanhar o nível de exigência do serviço.

Como enfermeira orientadora, *Bellatrix* iniciou o percurso com cerca de três anos de profissão e tem orientado estudantes do 2.º e 4.º anos do CLE. Teve também experiências na orientação de estudantes internacionais. Enquanto docente, tem experiência na orientação de estudantes do 2.º ano. *Bellatrix* enaltece a evolução como orientadora, nomeadamente na capacidade de controlo, de gestão de situações e na exigência de acordo com o ano de orientação. Valoriza também a necessidade de se desenvolver teoricamente e de analisar o estudante em vários aspetos para melhorar a sua orientação.

*“...tive pelo menos uma enfermeira orientadora que senti uma grande proximidade e conseguia ver nela também aquilo que eu gostaria de ser no futuro.”*

*“... eu sou da opinião que um colega que não quer ser orientador não deve ser, porque não vai estar disponível...”*

*“...sinto que a minha relação com os outros é diferente, porque nós ao longo da nossa profissão somos obrigados a encontrar estratégias na relação...”*

No CLE *Electra* valoriza os conhecimentos, a proximidade e a imagem de modelo num professor e em alguns enfermeiros orientadores que teve em ensino clínico. Enfatiza a disponibilidade e a relação como aspetos fundamentais para a orientação de estudantes.

*Electra* tem seis anos de experiência profissional, estando a trabalhar neste contexto há quatro anos. Trabalhou também numa Unidade de Cuidados Continuados. Fez um curso de formação numa área específica do seu interesse.

Iniciou as funções como orientadora há dois anos, tendo já orientado três estudantes do 2.º ano do CLE e um estudante do 4.º ano. Sempre sentiu motivação para ser enfermeira orientadora. No início do percurso teve oportunidade de fazer um curso de supervisão num estabelecimento de ensino. A primeira experiência como orientadora foi desafiante, sentindo dificuldade no início deste processo. *Electra* partilhou as preocupações com colegas e procurou de forma sustentada estratégias para resolver a situação. Valoriza a observação dos colegas de trabalho e a partilha de sentimentos relativamente às experiências de orientação. *Electra* salienta ainda a necessidade de formação na área da orientação de estudantes.

*“O que me marcou foi mesmo as situações de estágio e de querer pelo menos marcar um bocadinho pela diferença.”*

*“...muitas vezes os enfermeiros mais novos aprendem com os mais velhos e os mais velhos com os mais novos.”*

Gatria gosta muito de ajudar o outro. No percurso como estudante, valoriza ter tido um ensino clínico no seu 1.º ano do CLE e enaltece as experiências que teve com os enfermeiros orientadores em ensino clínico.

É enfermeira há 10 anos, alternando entre a enfermaria e a unidade de cuidados intermédios. Tem participado na formação contínua e em algumas formações externas ao hospital.

Gatria ainda não iniciou o percurso como orientadora de estudantes de Enfermagem, mas manifesta interesse em iniciar esta função, verbalizando que irá aprender esta função pela prática. Ressalta o suporte dos docentes do estabelecimento de ensino e a necessidade de formação para iniciar a função.

*“...eu até gosto muito de ensinar, de explicar as coisas... gosto muito de falar, e gosto muito de argumentar e contrapor...”*

*“...para se ter mais responsabilidade, tem de vir com um acréscimo de mais alguma coisa também para quem tem mais responsabilidade...”*

*“...começa pela motivação para ser orientador e depois pelo desenvolver das competências para ser orientador...”*

*Homam* refere que, desde pequeno, sempre quis ser muita coisa e sempre foi muito curioso. Valoriza muito o contexto familiar em que cresceu e em que se insere, nomeadamente o sacrifício que os pais fizeram para que tivesse um curso superior e a postura dos avós e pais que sempre o ensinaram muito. Assume que gosta muito de explicar as coisas e de argumentar.

No ensino secundário, *Homam* refere ter tido um professor muito proativo e entusiasta, que o incitou a participar em projetos escolares que o estimularam. Já no CLE valoriza uma professora que lhe ensinou muito, pelos conhecimentos teóricos, mas também pela clarificação da realidade da prática de Enfermagem.

Exerce funções como enfermeiro há 13 anos. Já trabalhou em dois serviços de Urgência e está atualmente na Medicina desde há cinco anos. Tem o Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Reabilitação. Participa em dois grupos de trabalho hospitalares, apesar de sentir falta de reconhecimento pelo trabalho desenvolvido. Participa em alguma formação contínua.

Orientou um estudante de 3.º ano do CLE, há 9 anos. *Homam* assume que não está disponível para orientar estudantes de Enfermagem, apesar de gostar de ensinar, porque há um aumento de trabalho e da responsabilidade sem haver qualquer tipo de valorização ou reconhecimento. Acrescenta que este aumento de responsabilidade lhe retira disponibilidade para a família. *Homam* reconhece a motivação como fundamental para ser orientador, assim como o percurso académico e pessoal do enfermeiro.

*“...nós somos muito adaptáveis, adaptamo-nos ao que os outros fazem, vimos o que é que os outros fazem...”*

*“Quando me foi entregue o primeiro aluno ficamos, então e agora? O que é que eu vou fazer? Por onde é que vamos começar?”*

*“...como orientadora eu acho que vou arranjando estratégias no momento, desenrascando basicamente, depois os professores da escola também nos orientam...”*

*Ksora* valoriza aspetos educacionais transmitidos pela família, como a compreensão, paciência, responsabilidade e sinceridade no seu desenvolvimento pessoal. Evidencia ainda as suas vivências nas viagens como promotoras da sua capacidade de adaptação.

Durante o CLE, *Ksora* destaca os conhecimentos e a capacidade de gestão de tempo dos enfermeiros orientadores que teve em ensino clínico, assim como a liberdade e o estímulo pela autonomia que manifestaram.

*Ksora* é enfermeira há 11 anos, estando no atual contexto há nove anos. Exerceu funções em cuidados de saúde primários durante dois anos. Paralelamente, trabalha há três anos numa Unidade de Cuidados Continuados. Tem uma pós-graduação em Cuidados Intensivos. Iniciou o Mestrado em Enfermagem em Médico-Cirúrgica, que não finalizou por desmotivação pessoal. Participa no grupo de trabalho onde está inserida no serviço.

A primeira experiência de orientação foi há quatro anos. Já orientou um estudante do 2.º ano e três estudantes do 4.º ano. No seu desenvolvimento, *Ksora* realça a capacidade de adaptação dos enfermeiros, a capacidade de analisar o estudante, a observação de colegas, a interação com os professores e a experiência crescente na orientação de estudantes. Enfatiza a necessidade de refletir sobre as práticas de orientação e a necessidade de formação.

*“...terem sido pais muito presentes e podermos falar de tudo, me ajudou também a que eu pudesse depois também tentar falar de tudo também com o estudante...”*

*“Medo de não conseguir orientar a aluna, medo que ela não gostasse da forma que eu a orientasse... de não lhe conseguir passar aquele gosto de ir aprender um bocadinho das coisas...”*

*“...vou observando, vou vendo as minhas reações ao orientar e dia a dia faço uma reflexão...”*

Lucida sempre gostou da área da saúde. Destaca a boa comunicação e relação com os pais na sua educação e o incentivo para a autonomia.

No CLE, enfatiza o apoio dos professores em trabalhos realizados, pela pesquisa, pela discussão e pela motivação para a transmissão de conhecimentos. Em ensino clínico houve um contexto que marcou *Lucida* pela proximidade com a equipa multiprofissional. Valorizou em alguns orientadores de ensino clínico os conhecimentos e o estabelecimento de uma boa relação.

*Lucida* exerce funções como enfermeira há 11 anos, estando há quatro anos no neste contexto. Anteriormente trabalhou noutro serviço hospitalar durante sete anos. Frequentou a formação contínua e gosta de ir a alguns congressos.

Começou a orientar estudantes há dois anos, tendo orientado um estudante do 2.º ano e um do 4.º ano. Sentiu necessidade de ter mais conhecimentos para a orientação de estudantes. *Lucida* baseou o início como orientadora nas suas experiências em ensino clínico, valorizando também a experiência, o apoio e a observação da equipa de Enfermagem na orientação de estudantes.

*“...a primeira vez foi muito baseado na minha intuição...na minha experiência profissional, naquilo que eu já sabia, na minha experiência escolar...”*

*“Obviamente também vamos observando...os outros colegas que orientam e vamos trocando ideias ... depois também com a orientação dos professores...”*

Nash refere que no percurso escolar sempre esteve orientado para a área da saúde. Gosta de comunicar e de se relacionar com as pessoas. Enfatiza o trabalho de equipa subjacente aos desportos que praticou. Durante o CLE, destaca um professor pelo estímulo para a importância do relacionamento humano e da empatia.

Exerce funções como enfermeiro no serviço há 24 anos. É responsável de turno há 14 anos. Teve também durante 22 anos experiência na área da Enfermagem do trabalho, que o levou a frequentar uma pós-graduação nesta área. Nash valoriza na Enfermagem a área da promoção da saúde.

Neste momento, Nash não está disponível para orientar estudantes de Enfermagem, apesar de já ter orientado cinco estudantes do 4.ºano/2.º semestre nos últimos 14 anos. Refere que a responsabilidade pela orientação dos estudantes em ensino clínico deveria ser dos estabelecimentos de ensino e não dos enfermeiros orientadores dos contextos. Contudo, Nash gosta de orientar estudantes de Enfermagem no estágio de integração à vida profissional, pelo sentimento de libertar o estudante do mundo académico e pelo aprofundar de conhecimentos incluído nesta função. Enfatiza na orientação uma postura de tranquilidade e uma comunicação e relação adequadas. Nash verbaliza ainda que os enfermeiros deveriam ter formação pedagógica para orientar estudantes de Enfermagem.

*“...uma pessoa com três anos de experiência profissional ainda é muito inexperiente... comecei a orientar alunos na urgência... a maior dificuldade na altura era a inexperiência... e a insegurança...”*

*“...acho que estamos sempre a aprender... pela experiência... pela observação dos colegas... das nossas experiências enquanto alunos também...”*

*“Orientar alunos é um desafio, mas é uma aprendizagem...”*

*Nashira* sempre esteve vocacionada para a área do cuidar, valorizando o relacionamento com as pessoas. Gosta de ensinar e de estar disponível para os estudantes. Na sua educação familiar, *Nashira* valoriza a responsabilidade inculcada pelos pais.

Durante o CLE, *Nashira* destaca uma experiência menos positiva em ensino clínico que a motiva a ter uma postura oposta à que vivenciou. Por outro lado, realça a postura disponível e construtiva de vários professores.

Exerce funções como enfermeira há cerca de 10 anos. Iniciou o seu percurso profissional numa clínica privada durante cerca de um ano. Posteriormente, esteve sete anos no serviço de Urgência e, atualmente, exerce funções neste contexto há cerca de dois anos. *Nashira* fez alguma formação contínua e um curso de maior duração numa área específica do seu interesse.

*Nashira* iniciou o seu percurso como orientadora há sete anos, tendo orientado cerca de sete estudantes de Enfermagem. Na cirurgia orientou um estudante do 2.º ano e três estudantes do 4.º ano. No serviço de Urgência orientou três estudantes do 3.º e 4.º anos. No início do percurso sentiu necessidade de formação na área de supervisão de estudantes. *Nashira* valoriza, na orientação de estudantes, a capacidade de transmissão de conhecimentos e de reflexão sobre a prática. Realça ainda as experiências enquanto estudante em ensino clínico, a experiência na orientação de estudantes e a observação dos pares no processo de desenvolvimento de competências, que refere ser contínuo e inacabado.

*“...porque tu queres dar o melhor de ti, aquela pessoa vai ser um bocadinho o teu reflexo.”*

*“O que eu...faço com eles foi o que fizeram comigo, foi a promoção da autonomia, apresentar conhecimento...”*

*“...acho que aprendemos muito a ver fazer... temos é que ter capacidade de decidir o que é bom e o que é mau.”*

*Rana* realça na educação familiar a promoção da autonomia, a capacidade de adaptação e a valorização do trabalho. Refere ser muito observadora.

No CLE, destaca a presença de alguns professores que lhe inculcaram a reflexão sobre a prática. *Rana* valoriza também uma enfermeira orientadora pela relação de proximidade.

*Rana* é enfermeira há 13 anos, exercendo sempre funções neste serviço. Destaca, neste contexto, uma chefe de equipa que a fez desenvolver o seu pensamento crítico.

Iniciou funções como orientadora de estudantes de Enfermagem há 10 anos, orientando estudantes do 4.º ano. *Rana* valorizou neste percurso as experiências enquanto estudante em ensino clínico e a observação dos pares, considerando importante a transmissão de conhecimentos e a promoção da autonomia do estudante.

*“...tem muito a ver com a minha intuição e com aquilo que ... nós somos muito o produto do que nós vivemos não é.”*

*“... mas gosto acima de tudo de transmitir o quê? Prazer naquilo que as pessoas estão a fazer, porque assim aprende-se muito melhor.”*

*“Se és um modelo para a tua equipa, se és um modelo no serviço... tu tens um aluno ao teu lado e instintivamente ele vai... valorar mais aquilo que tu lhe estas a transmitir.”*

*Regor* sempre quis ser enfermeiro e cresceu num ambiente familiar em que sentiu as lutas da profissão de Enfermagem pela perspetiva do pai, que era enfermeiro. Na sua educação familiar realça a autorresponsabilização e a gestão de prioridades que lhe foi inculcada. Durante vários anos jogou futebol federado.

Enquanto estudante, *Regor* destaca a autonomia que o ensino preparatório lhe proporcionou e a motivação de participar na associação de estudantes no secundário. Valoriza ainda dois professores do secundário que estimularam a sua capacidade de pensamento crítico.

Durante o CLE, *Regor* enfatiza a reflexão que um dos seus professores incentivava nos estudantes. Esteve também envolvido na Associação Académica onde desenvolveu a capacidade de discussão e de planeamento. Destaca, de uma forma construtiva, experiências em ensino clínico enquanto estudante, que o levaram a refletir e a desenvolver a autonomia e capacidade de tomada de decisão.

*Regor* exerce funções como enfermeiro há 23 anos, 19 dos quais neste serviço. Anteriormente, exerceu funções durante quatro anos na Medicina. Paralelamente a estes locais de trabalho teve experiências na Cardiologia e UCI de Cardiologia durante cerca de 11 anos. Durante três anos teve experiência como docente a tempo parcial em dois estabelecimentos de ensino. No seu percurso profissional, *Regor* enfatiza a escolha dos hospitais e dos serviços em que trabalhou pelo prazer que sentia em trabalhar nesses contextos. Tem assumido a chefia de equipa nos diferentes contextos onde trabalhou. *Regor* evidencia a necessidade de investir no desenvolvimento profissional para sentir segurança na tomada de decisão e na sua prestação de cuidados, apesar de por opção

não ter frequentado nenhuma formação com grau acadêmico nesta área. Possui o curso de formação pedagógica de formadores.

Começou a orientar estudantes de Enfermagem há 17 anos. *Regor* já orientou três estudantes do 2.º ano e vários do 4.º ano, não conseguindo precisar o número. Como docente, realizou orientação presencial em ensino clínico de estudantes do 2.º ano. Na orientação de estudantes, *Regor* valoriza a transmissão do conhecimento e a necessidade de atualização, a transmissão da experiência profissional e de vida, o estímulo para a reflexão e tomada de decisão, e a motivação para ter prazer naquilo que se faz.

*“...preciso de continuar a estudar, a rever e a adquirir novas competências...”*

*“...é pelo que já vi as minhas colegas fazer também, e também vou conferenciando com elas...”*

*“...às vezes devia haver uma maior interligação entre a escola e os orientadores.”*

*Saiph* viveu em ambiente rural, tendo sido membro ativo em órgãos executivos colegiais.

Durante a sua formação académica enaltece a parte humana do CLE, a proximidade e o conhecimento dos professores e recorda experiências menos positivas enquanto estudante em ensino clínico.

Exerce funções como enfermeiro há 10 anos, nove dos quais no serviço de Medicina. Antes teve uma experiência numa Unidade de Cuidados Continuados. Participou na formação contínua do hospital.

*Saiph* iniciou funções como orientador de estudantes há dois anos, tendo orientado estudantes do 2.º ano, acompanhados presencialmente pelo docente, e, posteriormente, orientou um estudante do 2.º ano. Assume que ensinar tem aspetos positivos e negativos, e reconhece que existem aspetos da sua personalidade que podem ser ou não facilitadores para a orientação de estudantes. *Saiph* sentiu necessidade de formação no início das suas funções, tendo pesquisado a oferta formativa disponível. Valoriza, no princípio do percurso como orientador, a observação de colegas com mais experiência e o esclarecimento de dúvidas. Ainda manifesta necessidade de desenvolver o seu conhecimento e competências de orientação, enaltecendo ser indispensável a formação e uma maior ligação entre os estabelecimentos de ensino e os orientadores.

*“Desde pequena que gosto de ensinar...gostava de transmitir aquilo que sabia às pessoas que não sabiam.”*

*“...os pares, os meus colegas, os que têm mais experiência, são uma ótima fonte de conhecimento, para sempre e em qualquer situação...”*

*“... o enfermeiro orientador tem de ser um modelo... tem de ser uma pessoa com alguns anos de experiência, com muitas competências, com muitos saberes adquiridos.”*

*Talitha* sempre gostou muito de estudar e sempre foi muito interessada. Desde pequena que gosta de ensinar, de transmitir conhecimentos aos colegas de escola. No ensino secundário admirava um professor pelas estratégias cativantes que utilizava. Frequentou uma escola de dança, onde acabou por também substituir a professora de forma pontual.

Durante o seu percurso académico teve bons orientadores em ensino clínico que considerou como modelo, mas *Talitha* também refere ter tido experiências que a motivam a ter uma postura diferente desses orientadores. Valoriza a disponibilidade e a motivação que sentiu dos enfermeiros orientadores.

Tem cerca de quatro anos de exercício profissional, sendo que os dois últimos anos foram no serviço de Cirurgia. Anteriormente, exerceu funções durante dois anos numa instituição de apoio a pessoas idosas. No seu contexto atual, *Talitha* enfatiza a disponibilidade e o empenho dos enfermeiros do serviço no acolhimento e na forma de orientar os estudantes, aspetos que a motivam a querer ser enfermeira orientadora.

*Talitha* ainda não iniciou o percurso como enfermeira orientadora, mas manifesta motivação para o início. Enaltece a necessidade de formação para o desempenho destas funções. No seu discurso *Talitha* evidencia ainda a necessidade de aprofundar conhecimentos e competências e o suporte dos colegas como fundamentais para iniciar o seu caminho na orientação de estudantes.

## *Síntese*

Considerando o modelo de desenvolvimento profissional de Patrícia Benner (2001), cinco participantes foram considerados peritos, três proeficientes, quatro competentes, um iniciado avançado e um iniciado. Destes participantes, dois são professores a tempo parcial num estabelecimento de ensino e dois já tiveram essa experiência no ensino. Em relação à formação pós-graduada, um possui Doutorado, três têm especialidade ou mestrado na área de Enfermagem e três tiveram formação na área de orientação de estudantes de Enfermagem.

No que diz respeito à experiência na orientação de estudantes, quatro participantes têm mais de dez anos de experiência, dois têm entre cinco e nove anos, quatro orientam estudantes há menos de quatro anos, dois enfermeiros manifestam não estar disponíveis para realizar esta função e dois ainda não iniciaram a mesma, apesar de demonstrarem motivação para a função.

Os enfermeiros que não estão disponíveis para a orientação de estudantes são um perito e outro competente, que já tiveram essa experiência, e apesar de gostarem de comunicar, de se relacionar e de ensinar, verbalizam que a função comporta aumento de trabalho e de responsabilidade sem reconhecimento posterior.

Os participantes que ainda não iniciaram a função de orientação de estudantes de Enfermagem, apresentam experiências profissionais diferentes, sendo um deles proeficiente e o outro iniciado. Emergem diferenças no discurso destes participantes, nomeadamente no entusiasmo com que falam sobre o início da função e sobre a profissão.

Os enfermeiros que estão no início do seu percurso como orientadores, com menos de quatro anos de experiência, são dois proeficientes, um competente e um iniciado avançado, relativamente ao seu desenvolvimento socioprofissional. Realça no discurso dos entrevistados a importância da observação dos pares e o suporte da equipa de Enfermagem no início do percurso como orientadores. A relação de proximidade na orientação com vista à autonomia do estudantes é evidenciada pelos quatro participantes, ainda que de forma divergente. Um deles assume aspetos na sua personalidade que podem não ser facilitadores na orientação de estudantes.

Nos participantes com experiência de orientação entre cinco e nove anos, ambos competentes de acordo com o modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner, constatamos, como aspectos comuns, os valores familiares transmitidos e o gosto pelo ensino. Percebemos que um dos participantes, com experiência na área da gestão e no ensino como professor, enfatiza essas vivências no desenvolvimento de competências sociais e de orientação de estudantes.

Realça-se, dos percursos dos enfermeiros orientadores com mais de dez anos de experiência em orientação de estudantes, a sua perícia na área de atuação. Três têm ou tiveram experiência como professores a tempo parcial num estabelecimento de ensino, e dois têm mestrado em Enfermagem e tiveram formação na área de orientação de estudantes. Nos seus discursos é ainda evidenciada a importância da família como educadora de valores e a capacidade de reflexão crítica sobre os seus percursos e sobre a importância da análise do estudante que orientam. Em três destes enfermeiros sobressai a iniciativa para desenvolver projetos profissionais, para o autodesenvolvimento e o compromisso para com a profissão.



### **3. RECORTES BIOGRÁFICOS DE NATUREZA EDUCACIONAL E PROFISSIONAL**

Neste capítulo iremos apresentar e discutir os dados relativos às duas primeiras questões orientadoras do estudo, pois percebemos, ao longo da análise dos dados, que os aspetos relacionados com o contexto profissional que influenciam o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador se inseriam dentro de um dos blocos temáticos considerado: os “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional.

Após a análise sequencial das entrevistas realizadas, emergiram dentro do bloco temático “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional duas dimensões: a socialização primária e a socialização secundária.

Grigorowitschs (2008) refere que vários autores desenvolveram reflexões, sob perspetivas diferentes, a respeito da socialização (Mead, 1934; Parsons, 1955; Habermas, 1973; Piaget, 1975; Luhmann, 1987), mas que todas apontam para que os processos de socialização se constituam por interações entre os conceitos, autoconceitos, valores e estruturas individuais da personalidade do indivíduo e as práticas sociais que ocorrem desde a infância, numa lógica de transformação dinâmica.

A socialização pode também ser entendida como o processo através do qual os indivíduos são preparados e familiarizados com modelos, referências, condutas e valores de um grupo sociocultural em que está inserido (Nunes & Faleiro, 2016).

A socialização implica uma rede de relações interdependentes que envolve o indivíduo (com toda a sua experiência, saber, capacidade cognitiva e estrutura emocional), as suas interações no seu contexto social (família, escola, meios de comunicação social, entre outros) e as distinções sociais que se podem manifestar nas suas relações (género, sentimento de pertença racial ou estratificação social) (Grigorowitschs, 2008). Estes aspetos devem ser considerados no seu conjunto e nas suas particularidades de uma forma reflexiva para permitir analisar como os indivíduos desenvolvem as suas qualidades pessoais, necessidades, interesses, capacidades e competências de agir de acordo com as regras e costumes sociais.

Setton (2005) enfatiza que a nova arquitetura social, resultante do fenómeno de globalização, nomeadamente o fenómeno de cultura de massas que ocorreu nos últimos

cem anos em simultâneo com a revolução tecnológica e da informação, potencia a capacidade de articular a diversidade de informações disponíveis e a reflexão do indivíduo sobre si próprio, sobre as suas relações e sobre a forma como constrói a realidade (Teodósio, 2014).

Os processos de socialização não são lineares, mas sim uma constelação na qual as diferentes categorias e esferas de relações interagem simultaneamente (Grigorowitschs, 2008). Os processos de socialização podem, então, ser caracterizados como um conjunto de interações entre indivíduos, em que estes assumem uma responsabilidade ativa, para se inserirem no seu contexto social e cultural. Nestes processos, os indivíduos interiorizam valores, formas de pensar e de agir, enquanto se desenvolvem na sua individualidade (Grigorowitschs, 2008). Nunes e Faleiro (2016) acrescentam que as regras sociais devem ser apreendidas, interiorizadas e transferidas para formas de conduta social.

Parvan et al. (2018) referem que a socialização é um processo através do qual os indivíduos aprendem papéis, valores, atitudes e condições sociais necessárias para a atividade em organizações sociais.

Pomerantseva (2018) aborda o conceito de *socialização e individualização*, que considera como um processo de formação do indivíduo num espaço sociocultural livre e que contribui para a autodeterminação do indivíduo, atendendo à autoeducação e ao autodesenvolvimento. Os valores adquiridos, assim como as normas sociais e as experiências, revelam o potencial pessoal de cada indivíduo contribuindo para o desenvolvimento da personalidade.

A *socialização e individualização* pressupõem o desenvolvimento de todas as esferas de consciência da personalidade (competência pessoal e social): conhecimento sociocultural; valores morais, normativos e estéticos; relações comunicativas e comportamentais e pensamento sociocultural (Pomerantseva, 2018).

Apesar da ênfase deste estudo não ser o estudo da identidade dos enfermeiros, percebemos que esta não é indissociável dos processos de socialização dos indivíduos, como nos menciona Dubar (2005), quando define a identidade como o resultado de contínuas socializações. Também Berger e Luckmann (1999) descrevem a identidade como um produto de processos de natureza social, que se desenvolvem nas relações entre a realidade subjetiva e individual e o contexto social onde o indivíduo se insere.

Teodósio (2014) destaca ainda vários autores que mencionam que os processos de socialização influenciam a construção identitária dos indivíduos (Goffman, 1980; Erikson, 1987; Berger & Luckmann, 1999; Demazière & Dubar, 2006; Dubar, 1998, 2003, 2005, 2009; Castells, 2010).

Lima et al. (2020) consideram a identidade profissional do enfermeiro como uma integração de atributos psicológicos do indivíduo, desenvolvidos através das diversas relações que ele estabelece ao longo do seu percurso de vida e operacionalizadas nas relações de trabalho em contexto profissional. Fernandes et al. (2018) valorizam também, na caracterização da identidade de Enfermagem, a articulação entre as competências técnico-científicas e os atributos do cuidar. As autoras acrescentam que esta se constrói na formação académica e no contexto de ensino clínico pelas interações intra e interprofissionais, enaltecendo os espaços e os momentos como clarificadores e fortalecedores dos valores inerentes à identidade dos enfermeiros.

Numa investigação realizada por Teodósio (2014), sobre a formação e os processos identitários dos enfermeiros no Brasil, é evidente a importância da trajetória biográfica do indivíduo na construção da identidade profissional dos enfermeiros, para além do seu percurso formativo e das relações sociais e profissionais.

Também Serra (2011), na investigação que realizou sobre a construção identitária dos estudantes de Enfermagem, assume que a experiência pessoal na sua trajetória de vida influencia a construção da identidade.

Consideramos então, à luz dos autores referidos, que os processos de socialização pressupõem uma constelação de redes relacionais que envolvem o indivíduo, as diferenças e as interações sociais, e que implicam que o indivíduo assuma um compromisso ativo num processo de transformação dinâmica com vista à construção e reconstrução da sua personalidade e identidade. As interações sociais confrontam o indivíduo com a sua estrutura individual, valores, autoconceitos, comportamentos sociais, modelos e regras, entre outros, permitindo o seu autodesenvolvimento pela reflexão.

Os processos de socialização ocorrem então nos mais variados contextos, no interior das instituições, pelas interações do indivíduo com o outro, ligando educação (família e escola) e contextos de trabalho e sociais (Dubar, 2012; Figueiredo & Peres, 2019).

Nunes e Faleiro (2016) reforçam que os principais agentes de socialização são a educação, a família, a religião e o Estado.

Vários autores têm diferenciado no processo de socialização, a socialização primária e a socialização secundária (Berger & Luckmann, 1999; Dubar, 2005, 2012; Setton, 2005; Figueiredo & Peres, 2019), diferenciação essa que consideramos como as duas grandes dimensões da temática “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional.

### 3.1 – Socialização Primária

A socialização primária pode definir-se pela “[...] imersão da criança num mundo social no qual vive não como um universo possível entre todos, mas como o mundo, o único mundo existente e concebível [...]” (Setton, 2005, p. 340). Também Dubar (2012) salienta a importância da socialização, remetendo-a para a imersão dos indivíduos no *mundo vivido*, com simbolismo, culturalidade e saberes próprios.

A socialização primária depende, essencialmente, das relações que se estabelecem com o mundo social em que a criança vive – família e escola – espaços estes que permitem, através da linguagem, concretizar o mundo, categorizar situações, refletir, construir e antecipar condutas sociais (Dubar, 2005; Setton, 2005). Setton (2005) acrescenta que a aprendizagem da linguagem é fundamental na socialização primária, pois garante a aquisição do mundo exterior e do eu. Estes saberes de base incorporados pelas crianças também dependem das relações estabelecidas com os adultos que assumem a responsabilidade pela socialização (Dubar, 2005; Setton, 2005).

Le Boterf (2003), ao falar de competência, considera-a como um saber agir responsável, eficaz e reconhecido de uma pessoa perante uma situação, num determinado contexto profissional e que implica saber selecionar, mobilizar, integrar e transferir diferentes recursos. Estes recursos provêm das aprendizagens pessoais (biografia e socialização), da formação educacional e da experiência profissional (Le Boterf, 2003; Roldão, 2003). Setton (2005) refere mesmo que a educação familiar e escolar, considerados espaços de socialização tradicional, concretizam uma influência integral na personalidade dos indivíduos.

A educação é um processo de formação e desenvolvimento do potencial de um indivíduo, com vista à construção do saber e ao desenvolvimento de competências para viver no contexto social onde se insere. Implica a relação consigo próprio e fortalece a sua autoestima, autoconceito, autoconfiança, autodeterminação, autocuidado e identidade (Arantes et al., 2018). Grigorowitschs (2008) também valoriza o desenvolvimento do *self* individual na compreensão do processo de socialização infantil, na perspetiva do desenvolvimento de um certo grau de autonomia desde a infância.

A educação deve fomentar no indivíduo a procura de conhecimentos, o envolvimento na educação ao longo da vida, com conseqüente autodidatismo e desenvolvimento de competências. A educação é considerada como uma ferramenta responsável pela transformação na forma de agir e de pensar do indivíduo (Arantes et al., 2018).

Nunes e Faleiro (2016) reforçam que a educação é um dos aspetos fundamentais no processo de socialização, afirmando que esta obriga a um empenho constante para oferecer ao indivíduo códigos de conduta, novas formas de ver, de sentir e de agir, que de outra forma não chegariam ao indivíduo. A educação objetiva uma sinergia entre a procura de construir o “ser”, associado à sua individualidade social, partindo do princípio que em cada indivíduo existem dois seres conceptualmente separados, um constituído por pela personalidade e o outro proveniente do coletivo. Nunes e Faleiro (2016) acrescentam que o comportamento das crianças, pela sua natureza, é conduzido por emoções e instintos, manifestando pouca lógica ou coerência, e que a educação enquanto processo de socialização, controla o excesso de imaginação, curiosidade e liberdade.

Ainda Lopes (2012) refere que, segundo a perspetiva de Durkheim e de Weber, a educação é um processo de socialização constante e permanente de reprodução e de manutenção social.

Constatamos assim, como evidenciado pelos autores referenciados anteriormente, que o processo de socialização primária implica a imersão da criança no seu contexto social e que lhe permite a antecipação de condutas sociais. É influenciada pelas relações estabelecidas entre a criança e o mundo social exterior, nomeadamente a família e a escola, sendo que os adultos com os quais as crianças estabelecem relações são responsáveis pela socialização da criança.

A educação, aspeto primordial na socialização primária, promove no indivíduo a procura de conhecimentos, o autodidatismo e o desenvolvimento de competências, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida. A educação é também fundamental para o desenvolvimento da autoestima, do autoconceito, da autoconfiança, da autodeterminação, do autocuidado e da identidade do indivíduo.

A socialização primária é, assim, uma fonte de recursos para a construção da personalidade e para o desenvolvimento de competências.

Na dimensão socialização primária emergiram duas categorias consistentes com a literatura apresentada: Contexto familiar e Contexto escolar.

Na categoria Contexto familiar emergiram as subcategorias Valores e Percursos de Vida, e na categoria Contexto escolar revelaram-se as subcategorias Percurso escolar e Modelo pedagógico, tal como é apresentado no diagrama 1.

Diagrama 1 - Recortes biográficos de natureza educacional: socialização primária



Fonte: autoria própria

Setton (2005) refere que a Família e a Escola assumem a responsabilidade de moldar a personalidade do indivíduo como um novo sujeito social. Dubar (2012) menciona que a família é um contexto social socializador pelas aprendizagens de carácter reservado inerentes ao contexto familiar, e que a escola, de forma adicional, socializa o indivíduo pela sua preparação com valores morais e éticos empenhados com a sociedade.

O **Contexto familiar** é um cenário social que influencia o desenvolvimento psicossocial da criança. Os pais são os principais meios de socialização desde muito cedo e estes assumem uma responsabilidade fundamental na construção da auto-imagem da criança. A visão dos pais sobre a educação, as relações interpessoais e os estilos parentais são determinantes no desenvolvimento da criança (León-del-Barco et al., 2020).

Grigorowitschs (2008) abordando a socialização na infância num contexto social contemporâneo ocidental, valoriza as interações na família como aspeto socializador, considerando a dependência financeira e emocional dos adultos responsáveis pelas crianças.

Também Serra (2011) na investigação que realizou sobre a construção identitária dos estudantes de Enfermagem, assume que a família influencia a construção da identidade, nomeadamente como apoio ao longo do CLE.

O **Contexto escolar** é um espaço simbólico e uma instituição com capacidade de transmitir um conjunto de diretrizes e recomendações modeladoras da personalidade e de uma forma de pensar que considera os aspetos éticos e morais da sociedade. Na escola ocorre a integração de formas de ser e de estar em grupo, de olhar a humanidade, ou seja, de assimilar valores e regras sociais que transformam o indivíduo num ser social (Setton, 2005).

Nunes e Faleiro (2016) referem que Durkheim considera a escola como um espaço central de socialização, pois nela são transmitidos conhecimentos, regras e valores. A escola encarrega-se da mesma missão assumida pela família e por gerações mais velhas sobre gerações mais jovens nas sociedades mais rudimentares e elementares, sendo a principal responsável pela formação do indivíduo como ser social e sendo também responsável pelo desenvolvimento das capacidades técnicas que a atual sociedade exige.

León-del-Barco et al. (2020) enfatizam que os professores e os pares são importantes na socialização da criança e na construção da sua autoimagem. O professor, para além de ensinar, tem uma importante função na motivação dos estudantes. Os pares, pelo reforço e pelos modelos de comportamento e comparação social, são uma grande influência na construção da autoestima e da autoeficácia. Os mesmos autores mencionam que a criança tem o desejo de uma avaliação social positiva e a necessidade de aprovação dos que são importantes na sua vida (León-del-Barco et al., 2020).

Também Grigorowitschs (2008), abordando a socialização na infância num contexto social contemporâneo ocidental, valoriza as interações da criança na escola com outras crianças, a brincar e a jogar, e as interações com os professores como aspetos socializadores da criança.

A socialização primária engloba então as interações nos contextos de socialização familiar e escolar. Na família, as interações, principalmente com os pais, permitem aprendizagens particulares deste contexto, nomeadamente os valores, as relações, as emoções e a visão do mundo. Na escola ocorre uma transmissão mais formal de valores, regras, aspetos morais e éticos que permitem ao indivíduo o desenvolvimento de competências exigidas pela sociedade, mas também o seu desenvolvimento como ser social.

### 3.1.1 – Contexto familiar

Na categoria Contexto familiar, sustentada por onze entrevistados, emergiram as subcategorias Valores e Percursos de Vida, como é possível observar no diagrama 2. Passamos agora à apresentação e discussão dos achados de cada uma destas subcategorias.

Diagrama 2 - Socialização Primária: Contexto Familiar



Fonte: autoria própria

A subcategoria **Valores** reporta a valores morais transmitidos pela família como a responsabilidade, a disciplina, a honestidade, a paciência, o respeito e a confiança. Também foram incluídos nesta subcategoria aspetos educacionais que desenvolveram a

capacidade de comunicação, de análise e de gestão dos entrevistados. Constatámos que estes valores emergem no discurso de nove entrevistados de uma forma entrelaçada não sendo possível a sua apresentação de uma forma solitária e desintrincada.

A responsabilidade foi dos aspetos mais evidenciados pelos entrevistados, onde realçamos o discurso de *Regor*, que ao falar da influência da sua mãe na sua personalidade enfatiza a “[...] *autorresponsabilização...* [referindo-se à mãe] *ela me remeteu para eu ser responsável e tomar conta das minhas coisas. Gerir o dinheiro por exemplo... mesmo em férias eu primeiro ia fazer alguns haveres e depois é que podia ir brincar, estabelecer prioridades, é um bocado aquilo que nós pedimos dos nossos alunos, saber gerir prioridades, estabelecer prioridades, e isto foi um ensinamento para a vida, portanto da minha educação [...]*”. Também *Nashira* refere que “*O meu pai era uma pessoa muito rigorosa e que sempre me incutiu muita responsabilidade... mas por outro lado sempre, sempre quis que eu tivesse abertura para que não mentisse, que não ocultasse... e provavelmente isso acaba por estar relacionado.*”.

*Regor* relacionou a responsabilidade com a capacidade de análise e de gestão, outro dos aspetos que emergiu dentro desta subcategoria e que é também evidenciado por *Bellatrix* quando refere que “[...] *sempre tive uma capacidade crítica acima da minha idade... tive uma tia que eu às vezes falo muito, que era professora de filosofia... uma pessoa mais nova que era muito fora do padrão, que era toda da reflexão, que era toda das liberdades.*”. Também *Alya* relaciona a capacidade de gestão com aspetos educacionais quando menciona que “*O meu pai sempre foi uma pessoa mais autoritária, mais disciplina, e eu penso que isso dá sempre... pelo menos eu senti sempre que tinha de fazer as coisas organizadas, de uma forma organizada, com rigor, acho que tentou puxar mais por mim para eu dar o meu melhor, acho que isso deve-me ter dado aquela característica que eu sinto que tenho um pouquinho [...]*”.

A capacidade de comunicação emerge também como possível influência familiar no discurso de *Lucida* quando verbaliza que “[...] *o facto de os meus pais terem sido pais muito presentes e podermos falar de tudo, me ajudou também a que eu pudesse depois também tentar falar de tudo também com o estudante, ou seja não haver ali uma barreira que me impedisse entre...aluno...estudante de haver alguma coisa que não pudéssemos falar [...]*”.

O incentivo dos pais à autonomia reflete-se na forma como posteriormente se atua com os estudantes como nos mostra *Rana* quando refere que “[...] fomos educadas a desenrascar-nos um bocadinho sozinhas, a sermos independentes, valorizar o trabalho, a importância do trabalho, e eu acho que tento... passar isso, quero que sejam pessoas autónomas.”.

*Ksora* evidencia no seu discurso outros aspetos que poderão ter influência familiar, como “[...] a compreensão que também é uma coisa que com os alunos temos de ter muita, a paciência, a espera para eles realizarem, terem tempo de fazer as coisas...também sermos sinceros, esta parte também da sinceridade que muitas vezes eles têm de começar desde novos a assumir tudo o que se faz, os erros, a responsabilidade [...]”.

*Regor, Nashira, Bellatrix, Alya, Lucida, Rana e Ksora* manifestam nos seus discursos valores morais que foram incutidos pela família. León-del-Barco et al. (2020) corroboram que os estilos parentais, a forma como os pais assumem a educação e as relações estabelecidas pelos pais são determinantes no desenvolvimento da criança. Grigorowitschs (2008) acrescenta que as interações familiares são um dos aspetos de socialização na infância e Lopes (2012) enfatiza a responsabilidade dos pais na educação das crianças.

A influência da família nas aprendizagens reservadas ao contexto familiar e na modelação do indivíduo como ser social são confirmadas por Setton (2005) e Dubar (2012). Os pais têm uma importância crucial na construção da autoimagem e no desenvolvimento psicossocial da criança (León-del-Barco et al., 2020).

*Rana* enfatiza a presença do valor do trabalho e da promoção da autonomia na sua educação familiar. Johnson et al. (2020) concordam que os valores relacionados com o trabalho são transmitidos de pais para filhos através de dois processos complementares e contínuos que se estendem ao longo da adolescência e no início da idade adulta. O primeiro processo ocorre em contexto familiar pela exposição e receção dos valores do trabalho. O segundo processo, ocorre depois da socialização inicial, por ativação retardada, quando o jovem adulto se envolve com as exigências da sua própria carreira profissional.

A subcategoria **Percursos de Vida**, suportada por sete participantes, engloba a influência de familiares cujo percurso de vida foi caracterizado pelo investimento no

desenvolvimento profissional e acadêmico como realça *Bellatrix* quando refere “[...] *ter lidado com adultos que foram fazendo desenvolvimento em termos acadêmicos, ao mesmo tempo que faziam desenvolvimento profissional. Eu disse a minha mãe, mas digo o pai da minha irmã, que era médico também e continuava sempre a fazer formação.*” e familiares que ensinam, quer de uma maneira formal, como refere *Alderamin* que tem “[...] *um tio... que era professor e era engenheiro, e que agora pensando bem, tem uma grande capacidade de análise.*”, quer de uma forma informal, aspeto que *Homan* valoriza referindo que “[...] *na minha vida sempre tive pessoas que me ensinaram muito. Tive e ainda tenho os meus avós, que sempre me ensinaram muito sobre muita coisa... eles sempre me ensinaram muito sobre as coisas que faziam.*”.

*Regor* assume que foi “[...] *muito influenciado pelo percurso de vida do meu pai, o meu pai foi enfermeiro, com especialidade de psiquiatria [...]*”. Numa investigação realizada por Lima et al. (2020) com o objetivo de analisar o processo de construção da identidade profissional em estudantes de Enfermagem durante o seu percurso de formação, os autores confirmaram que a família influenciou os participantes na escolha do curso de Enfermagem.

Acrescentamos, ainda, a valorização que *Bellatrix* faz quando refere “[...] *eu habituei-me muito a ver os adultos a estudar. E se calhar isso também me engoliu de alguma forma [...]*”, e que relaciona com a curiosidade presente na sua personalidade quando afirma que “[...] *se calhar incluiu-me a ter alguma curiosidade e querer saber mais sobre determinados aspetos [...]*”. *Bellatrix* evidencia ainda que o “[...] *incentivo à leitura desde cedo, permitiu-me desenvolver, se calhar, uma série de habilidades, posteriormente que se transformaram em competências.*”.

*Bellatrix*, *Alderamin*, *Homan* e *Regor* valorizaram o percurso de vida dos familiares como sendo influenciadores do seu desenvolvimento de competências enquanto enfermeiros orientadores de ensino clínico. *Bellatrix* destaca o desenvolvimento académico e profissional dos familiares e interpreta a observação deste percurso como impulsionador do percurso que tem realizado enquanto profissional, sustentado pela curiosidade, característica da sua personalidade que também atribui à observação dos familiares. León-del-Barco et al. (2020) concorda que a perspetiva dos pais relativamente à educação é determinante no desenvolvimento psicossocial e na construção da autoimagem da criança.

Relativamente aos familiares que ensinam, *Alderamin* valoriza no tio, que é professor, a capacidade de análise que o mesmo manifesta, enquanto *Homan* enaltece o ensino informal transmitido pelos seus avós. Setton (2005) e Dubar (2012) corroboram a influência da família nas aprendizagens ocorridas neste espaço de socialização e na construção do ser social do indivíduo. Na investigação realizada por Correia (2012), o autor menciona que as experiências vividas a nível familiar influenciam o processo de construção de competências.

### ***Síntese***

A importância dos valores transmitidos pela família foi referida por nove entrevistados, considerados peritos, proficientes e competentes segundo o modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner (2001) e com diferentes experiências na orientação de estudantes de Enfermagem.

A evidência encontrada não clarifica a relação entre os valores referenciados pelos nossos entrevistados e o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador do ensino clínico. De uma forma geral, os autores referenciados corroboram a importância da relação com os pais, da forma como os pais assumem a educação e das interações familiares como influenciando a autoimagem e o desenvolvimento psíquico e social do indivíduo.

O percurso de vida dos familiares foi referenciado por entrevistados, considerados peritos, proficientes e competentes de acordo com Benner (2001) e com diferentes experiências a nível da orientação de estudantes de Enfermagem.

Relativamente a esta subcategoria, a evidência científica não comprova a influência no desenvolvimento de competências dos enfermeiros enquanto orientadores de ensino clínico de estudantes de Enfermagem.

A literatura demonstra de uma forma geral, como já foi referido anteriormente, a importância da relação com os pais, da forma como os pais assumem a educação e das interações familiares como influenciando a autoimagem e o desenvolvimento psíquico e social do indivíduo.

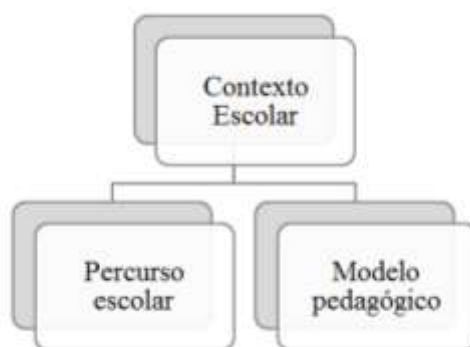
Constatámos que os entrevistados que têm mais de dez anos de experiência profissional e valorizaram o percurso de vida dos seus familiares, apresentam nos seus discursos

uma maior capacidade de reflexão sobre o percurso enquanto enfermeiros orientadores e sobre a própria prática da orientação de estudantes. Estes participantes manifestaram maior capacidade de identificar aspectos biográficos e de socialização relacionados com a família que consideram como suporte ao desenvolvimento de recursos endógenos que mobilizam no processo de desenvolvimento de competências.

### 3.1.2 – Contexto escolar

Na categoria Contexto escolar, sustentada por dez entrevistados, emergiram as subcategorias Percurso escolar e Modelo pedagógico, como se pode constatar no diagrama 3.

Diagrama 3 - Socialização Primária: Contexto escolar



Fonte: autoria própria

A subcategoria **Percurso Escolar**, referida por dez participantes, reflete o percurso do entrevistado no ensino básico e secundário, como evidência *Talitha* quando refere que “[...] *sempre fui uma pessoa que gostei muito de estudar... sempre fui uma pessoa muito interessada... e sempre fui boa aluna...sempre com boas notas [...]*” e *Regor* quando verbaliza “[...] *repeti o 8º ano, quatro negativas, depois voltei a repeti-lo, e depois fiz um percurso normal, linear, com algumas dificuldades numa ou outra disciplina.*”.

Esta subcategoria reflete também o interesse na área da saúde, aspeto que *Nashira* considera “[...] *que foi sempre do meu interesse, das aulas de biologia, do interesse que eu tinha mesmo pela área do corpo, da saúde, da doença, da patologia, da genética,*

*sempre gostei muito dessa... área com que sempre me identifiquei, e depois não é uma coisa de investigação, mas do contacto com a pessoa.”*, e que Regor reforça, porque “[...] *retinha de uma forma muito fácil... as ciências, as biológicas coisas que tinham a ver com o humano, psicologia também, era muito fácil, com o intuito de ajudar o próximo, ser útil a uma sociedade.”*

A participação em projetos escolares é outro aspeto que emerge desta subcategoria que Homan recordou e valorizou quando esteve num “[...] *projeto minerva em que a gente era jornalistas e entrevistava as pessoas e fazia as palavras cruzadas e editávamos o jornal [...]*” e que Alya também enfatizou quando lembrou que “[...] *tínhamos um clube de teatro... também me ajudou muito, foi muito giro... assim de atividades, acho que foi o que me marcou mais, deixou mais memórias.”*

Homan e Alya valorizam a participação em projetos nos percursos escolares. Pomerantseva (2018) refere que o professor assume uma atribuição essencial na socialização e individualização do estudante quando organiza atividades extracurriculares. Segundo o mesmo autor, estas promovem uma comunicação ativa, estimulam a atividade laboral, o desenvolvimento de uma posição na vida, transmitindo normas de comportamento em contexto social e contribuindo para o amadurecimento das inclinações individuais. Pomerantseva (2018), falando de uma atividade extracurricular específica, a metodologia de projeto, menciona que esta permite relacionar o conhecimento com a prática e é um mecanismo de adaptação, de socialização e de individualização, pois pela experiência promove a autonomia e a participação coletiva. Também Correia (2012) refere que as experiências grupais influenciam o processo de construção de competências.

A subcategoria **Modelo Pedagógico**, suportada por quatro entrevistados, engloba comportamentos dos professores dos ensinos básico (2.º e 3.º ciclos) e secundário onde são valorizadas a disponibilidade e o saber cativar, como evidencia Talitha referindo que teve um “[...] *professor também muito disponível. Era cativante a forma como ele... dava psicologia e filosofia*”.

O entusiasmo e a proatividade do professor são aspetos que Homan valorizou, ainda se referindo ao projeto minerva, quando menciona que “[...] *foi um professor que realmente me marcou muito, porque foi um professor muito entusiasta, muito ativo, muito proativo, fazia muitas atividades extracurriculares connosco.”*

A capacidade de reflexão e de comunicação foi evidenciada por *Alya* e *Regor*. *Alya*, ao falar da sua professora de Psicologia, refere que “[...] *era espetacular... ela era daquele tipo de pessoas que era inspiradora, sabia cativar... não só nas aulas, como mesmo no clube de teatro... era mesmo aquela pessoa que sentes que está a plantar aquelas sementes, era de experiências de vida... mas era a forma como ela o fazia, e acho que isso influencia muito a maneira como se processou lá mais para a frente.*”. *Regor* valoriza na sua professora de História o facto de ela se sentar “[...] *à frente do quadro e não havia um apontamento, nada projetado, e as aulas eram todas em termos de discussão.... discutíamos mesmo dentro da sala, uns davam uma opinião, outros davam outra... achava esse método fantástico... conseguia reter-nos pela forma como comunicava.*”.

Nos discursos de *Alya*, *Homan*, *Regor* e *Talitha*, enfermeiros em diferentes estádios de desenvolvimento socioprofissional e com experiências diferentes na orientação de estudantes de Enfermagem, são valorizadas, de formas distintas, atitudes pedagógicas dos professores que os incentivaram ao longo dos ensinoss básico e secundário.

León-del-Barco et al. (2020) concorda que a motivação incutida pelos professores influencia o desenvolvimento psicossocial da criança. Também Pomerantseva (2018) enfatiza que o professor é motivador, orientador e suporte, acrescentado que o professor deve possuir valores socioculturais para atribuir e corrigir os significados. Ainda Lopes (2012) valoriza o professor, reforçando que os professores devem atender à individualidade de cada criança, promovendo o seu desenvolvimento.

Numa revisão de literatura realizada por Pomerantseva (2018) com o objetivo de identificar os principais componentes da socialização e individualização de crianças, o autor define algumas funções gerais da socialização e individualização no primeiro ciclo que o professor deve considerar: transmissão de valores; organização de atividades que promovam o trabalho em equipa, o autoconhecimento e o autodesenvolvimento; comunicação holística; personalização da abordagem educativa; e promoção da empatia. O autor enuncia ainda funções especiais que passam pela inserção do estudante no contexto sociocultural, pela interação coletiva, pela comunicação, pela criação de relações entre gerações e pela compreensão e reprodução de valores socioculturais.

Pomerantseva (2018) no mesmo artigo, valoriza a escola, as interações entre crianças e adultos, e a capacidade de aprender como meios de socialização e individualização da

criança do primeiro ciclo. O mesmo autor refere que estes meios promovem a comunicação, a reflexão, a autoconfiança, a iniciativa, a responsabilidade, a autoestima, a igualdade de relações, uma estrutura emocional positiva, no fundo promovem o autodesenvolvimento da criança (Pomerantseva, 2018).

Para além da importância das atitudes pedagógicas do professor na socialização, acima mencionadas, emergem estratégias construtivistas adotadas pelo mesmo. O Construtivismo, enquanto teoria do conhecimento, tem por base as teorias cognitivo-construtivistas da aprendizagem de Vygotsky, Piaget, Ausubel, Novak e Hanesian (Leão, 1999; Vasconcelos et al., 2003; Bidarra & Festas, 2005; Flores, 2019; Gaviria & Guevara, 2021) e baseia-se na interação dinâmica do indivíduo com o ambiente, ao longo da vida. A perspetiva construtivista do ensino assume que a aprendizagem é uma construção do sujeito, centrando este processo na individualidade do estudante, nos contextos e no envolvimento social das aprendizagens (Leão, 1999; Vasconcelos et al., 2003; Silva & Ferreira, 2020; Gaviria & Guevara, 2021).

Gaviria e Guevara (2021) enfocam o construtivismo como reflexão sobre as necessidades de aprendizagem para o desenvolvimento de competências de uma sociedade do conhecimento. Os autores perspetivam uma educação para a atual e acelerada mudança social, onde se desenvolvam competências para o século XXI que promovam o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a viver em comunidade e o aprender a ser. São enaltecidas, entre outras, competências socioculturais (cidadania), de linguagem, de comunicação, de aprendizagem, de metacognição, de tecnologias da informação (acesso e sistematização da informação), de trabalho de equipa, de liderança e de gestão, como forma de responder a situações novas e inesperadas. É valorizada ainda a capacidade de adaptação/flexibilidade, a responsabilidade, a iniciativa, a criatividade, a empatia, o pensamento crítico, a inovação e o empreendedorismo. Nesta perspetiva, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) valoriza a iniciativa “O Futuro da Educação. Aprender a Transformar-se” como forma de repensar como o conhecimento e a aprendizagem podem moldar o futuro (Gaviria & Guevara, 2021).

Silva e Ferreira (2020) referem que o construtivismo pode ser analisado considerando critérios educacionais, sociológicos ou filosóficos. Os mesmos autores mencionam que o construtivismo educacional ou pedagógico inclui os aspetos sociológicos e filosóficos.

Bidarra e Festas (2005), após uma análise sobre as ambiguidades e contradições de algumas propostas construtivistas, nomeadamente nos aspetos referentes à intervenção do professor, planificação do ensino, avaliação e influência dos pares no processo de ensino aprendizagem, referem a existência de contradições e divergências entre as várias interpretações assumidas pelo construtivismo.

A abordagem construtivista considera como ponto de partida para a aprendizagem os conhecimentos anteriores, a experiência, as condições cognitivas e socio-afetivas e destaca o processo de construção do conhecimento, a ênfase dada ao estudante enquanto ator fundamental no seu processo de aprendizagem, a organização do ensino respeitando a participação do estudante na aprendizagem e a utilização de estratégias de ensino e aprendizagem ativas (Bidarra & Festas, 2005; Flores, 2019).

A participação do estudante na aprendizagem, segundo Silva e Ferreira (2020), não se remete só à ação, mas ao processo cognitivo que leva o estudante na procura do conhecimento. Os mesmos autores valorizam aspetos afetivos, como a motivação, o interesse, a atitude e a necessidade, na construção do conhecimento.

No modelo pedagógico construtivista é fundamental que o professor consiga proporcionar um bom ambiente de trabalho de forma a motivar, induzir curiosidade e incutir empenho no estudante (Bidarra & Festas, 2005). Estes aspetos são consistentes com os discursos dos participantes que enaltecem a disponibilidade, o saber cativar, o entusiasmo e a proatividade do professor.

A educação escolar deve proporcionar um desenvolvimento dinâmico e abrangente, e como tal, deve considerar os esquemas de assimilação e proporcionar atividades que incitem o desequilíbrio, para que o estudante seja impelido a reequilibrações sucessivas na construção do conhecimento (Leão, 1999). Neste processo de interação com o meio, professor e pares, o estudante assume um compromisso ativo, em que o professor é mediador do processo de aprendizagem (Leão, 1999; Silva & Ferreira, 2020). Nesta mediação, o professor deve conhecer os conteúdos, compreender os estilos de aprendizagem dos estudantes, adequar o currículo às necessidades dos mesmos, refletir sobre as atividades a desenvolver e proporcionar situações problemáticas e experiências que estimulem o pensamento crítico e que facilitem o compromisso dos estudantes no processo de ensino aprendizagem (Leão, 1999; Silva & Ferreira, 2020).

A utilização de métodos ativos possibilita a construção de uma representação sobre uma apreensão nova pelo estudante, implica um envolvimento cognitivo ativo e incentiva a descoberta, a investigação, a resolução de problemas e a criatividade (Bidarra & Festas, 2005). Esta atribuição mediadora do professor do ensino básico e secundário, numa perspectiva construtivista, está patente no discurso dos participantes quando valorizam a capacidade de comunicação dos professores e a sua capacidade de os levar a refletir sobre os conteúdos.

### *Síntese*

Os entrevistados que valorizam o seu percurso escolar e a participação em projetos escolares têm diferentes experiências na orientação de estudantes de Enfermagem e assumem diferentes estádios à luz do modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner (2001) por terem transitado de serviço. No entanto, nove entrevistados têm mais de dez anos de experiência profissional e verificámos que apresentam nos discursos uma grande capacidade de análise sobre o seu percurso e a forma como orientam ou como deveria ser a orientação de estudantes.

Não foi encontrada evidência científica que ateste que o percurso escolar influencia o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico. No entanto, a evidência aponta para a importância da participação em projetos extracurriculares como sendo um estímulo para o estudante, nomeadamente na promoção da autonomia, de competências comunicacionais, relacionais e de trabalho de equipa e no desenvolvimento do indivíduo.

O modelo pedagógico do professor assume uma importância crucial no desenvolvimento psicossocial da criança, especificamente a nível da empatia, do autoconhecimento e no desenvolvimento de competências comunicacionais, reflexivas e de trabalho em equipa. Este espaço de socialização pode promover a iniciativa, a responsabilidade, a autoconfiança, a autoestima e a estrutura emocional do indivíduo.

A literatura confirma que a postura dos professores, nomeadamente no que se refere à motivação, à orientação, ao suporte e à transmissão de valores, atendendo à individualidade, é promotora do desenvolvimento psicossocial. A evidência encontrada não clarifica a relação direta no modelo pedagógico do professor do ensino básico e do

secundário influencia o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador de estudantes do CLE.

Percebemos então que os valores transmitidos pela família e os seus percursos de vida, o percurso escolar e o modelo pedagógico dos professores do ensino básico (2.º e 3.º ciclos) influenciam o desenvolvimento psicológico e social do indivíduo. Vários aspetos foram referidos neste desenvolvimento, nomeadamente a promoção do autoconhecimento, da autoimagem, da autoconfiança, da autoestima, da autonomia, da estrutura emocional, da empatia, da iniciativa e da responsabilidade. Também foi apontado o desenvolvimento de competências comunicacionais, reflexivas, relacionais e de trabalho de equipa.

Os enfermeiros orientadores com mais de dez anos de experiência profissional evidenciaram, na reflexão sobre os percursos enquanto enfermeiros orientadores, uma maior capacidade de identificar aspetos da socialização relacionados com a escola, como suporte ao desenvolvimento dos recursos endógenos que mobilizam no processo de desenvolvimento de competências.

O início do desenvolvimento psicológico e social do indivíduo desde a infância nos espaços família e escola parece ser fundamental para a construção de recursos endógenos, que serão necessários mobilizar na aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador de estudantes de Enfermagem em ensino clínico.

### 3.2 – Socialização Secundária

A socialização secundária parte da premissa de que a socialização nunca é absolutamente conseguida nem nunca é totalmente acabada, permitindo a aquisição de conhecimentos específicos e de papéis enraizados num determinado mundo profissional, possibilitando a interiorização de submundos especializados e de saberes profissionais, decorrendo em instituições escolares técnicas e profissionais (Dubar, 2005; Setton, 2005). Setton (2005) acrescenta que esta mudança social transforma a identidade alcançada na socialização primária, pelo confronto de padrões normativos das diferentes instituições, desencadeando conflitos identitários pela conceção e lógicas

de atuação distintas. A socialização já não é só reservada à infância e a própria formação profissional transformou-se atualmente na formação ao longo da vida (Dubar, 2012). A participação ativa do indivíduo é enfatizada por Setton (2005), que ainda valoriza a capacidade de questionar, discutir e escolher as suas relações, promovendo naquela mais independência para refletir.

A identidade profissional surge associada aos processos de socialização, como refere Dubar (2012) quando menciona que a formação da identidade profissional é um fenómeno complexo que resulta de mecanismos de socialização secundária e que apresenta continuidades e descontinuidades. Gutierrez e Morais (2017) acrescentam que a identidade profissional emerge pelas interações sociais no contexto organizacional, considerando as características biográficas e o percurso formativo dos indivíduos. Na construção da identidade profissional é realçado o contexto profissional, a sua organização, as práticas, a formação, os saberes profissionais, o sentimento de pertença, os valores, as interações relacionais, para além do que já foi referido como inerente ao indivíduo, como as suas características individuais e as suas experiências de vida (Gutierrez & Morais, 2017). Gutierrez e Morais (2017) ainda referem que este processo de construção identitário possui um carácter dinâmico, contém elementos ligados à tradição, significados e sentidos dessa construção, mas que o indivíduo organiza o seu significado de acordo com as tendências sociais e projetos subjacentes ao seu contexto social, bem como em relação à sua visão de espaço e tempo.

As identidades são, assim, fontes de significados para os indivíduos, construídas por processos de identificação e que podem ser o suporte para mudanças, direcionando as ações e construindo as representações do indivíduo dentro do grupo (Gutierrez & Morais, 2017).

A matriz unificadora de um grupo profissional engloba, portanto, aspetos funcionais da profissão: objetivos, marcos éticos e legais, valores, e atores que partilham um referencial comum e que são assimilados pelos elementos desse grupo profissional. A profissão e a identidade são constituídas por um conjunto de saberes e práticas de um determinado grupo social (Gutierrez & Morais, 2017).

Segundo Dubar (2012) a socialização denominada de profissional conecta permanentemente situações de trabalho e percursos de vida, relações com os outros e consigo próprio, como um processo em constante construção.

Relativamente ao processo de socialização profissional dos enfermeiros, Junior et al. (2018) referem que este é um processo que implica uma transformação em aspetos relacionados com o trabalho, nomeadamente em relação aos conhecimentos, a valores, a postura, ao comportamento e a atitudes, que são necessários para que os enfermeiros assumam a sua função profissional.

A socialização profissional dos enfermeiros ocorre durante a formação profissional, ao longo do CLE, em sala de aula e em ensino clínico (Zarshenas et al., 2014; Fernandes et al., 2017; Hunter & Cook, 2018), numa dinâmica entre o contexto de trabalho e o de formação, que possibilita a socialização, a qualificação e a transição para o mundo do trabalho (Fernandes et al., 2017). Este processo tem início com as expectativas dos estudantes para o CLE, e continua com a exposição a vários agentes de socialização (pares, professores, enfermeiros orientadores, pais e interações sociais fora do contexto académico) que transmitem aos estudantes regras, valores e expectativas relacionadas com a sua participação na comunidade académica, influenciando os seus objetivos neste contexto (Zarshenas et al., 2014; Fernandes et al., 2017). O impacto que o CLE tem na socialização dos estudantes depende também das suas experiências anteriores, da reflexão realizada durante o processo e das crenças e valores inculcados do curso. A reflexão sobre as suas experiências de aprendizagem, atitudes e valores subjacentes permite abraçar novos objetivos no autodesenvolvimento (Okuda & Fukada, 2019).

A socialização profissional vai-se transformando com o decorrer do tempo, passando de objetivos sociais amplos para objetivos profissionais. Neste processo, os estudantes encontram modelos de comportamento e assumem valores, atitudes e comportamentos que associam à profissão (Okuda & Fukada, 2019). Este processo não finda no CLE, prolongando-se ao longo da vida na harmonização entre a experiência e a formação formal e informal (Fernandes et al., 2017).

Num estudo realizado por Zarshenas et al. (2014) com o objetivo de compreender a socialização profissional, o sentimento de ser enfermeiro e explorar os fatores que se relacionam com a socialização na perspetiva de enfermeiros e estudantes de Enfermagem, emergiram vários aspetos que influenciam a socialização profissional: incongruência entre a teoria e a prática, experiências educacionais, conhecimento tácito, relações, motivação e modelos de comportamento.

Lima et al. (2020) referem que a construção da identidade profissional dos estudantes de Enfermagem é influenciada pelo seu percurso de vida e pelas características inerentes a cada um, e é desenvolvida pelas interações nas oportunidades de aprendizagem com o docente e os pares e apropriada pela autorreflexão.

Para Salisu et al. (2019) a socialização é um aspeto crítico da prática de Enfermagem que auxilia no desenvolvimento da identidade profissional e na cultura de profissionalismo dos enfermeiros. Os autores referem ainda que os estudantes fortemente socializados evoluem para enfermeiros competentes.

A socialização secundária inicia-se, então, no contexto de formação profissional e prolonga-se ao longo da vida, permitindo adquirir conhecimentos e papéis associados a um determinado contexto profissional. Subjacente a este processo de socialização, emerge a identidade profissional do indivíduo num determinado contexto de trabalho, que deriva das suas interações com o contexto, das suas características individuais e das suas experiências de vida.

No contexto profissional da Enfermagem, a socialização profissional inicia-se no CLE, com as interações com vários agentes de socialização da instituição de ensino e dos contextos onde decorrem os ensinamentos clínicos, e prolonga-se ao longo do percurso profissional do enfermeiro. As interações sociais exteriores a este contexto também são valorizadas neste processo. As experiências educacionais e a reflexão sobre as mesmas, o conhecimento tácito, as relações, a motivação e os modelos de comportamento assumem-se como aspetos primordiais na socialização profissional.

Na dimensão socialização secundária emergiram três categorias consistentes com a literatura apresentada: Contexto Académico, Contexto Profissional e Contexto Social (ver diagrama 4).

Na categoria Contexto Académico emergiram as subcategorias Modelo pedagógico do docente e Modelo pedagógico do orientador.

Na categoria Contexto Profissional revelaram-se as subcategorias Experiência profissional, Equipa de Enfermagem e Gestão do serviço.

Na categoria Contexto Social surgiram as subcategorias Lazer e Associações.

Diagrama 4 - Recortes biográficos de natureza educacional: socialização secundária



Fonte: autoria própria

### 3.2.1 – Contexto Acadêmico

A categoria **Contexto Acadêmico** emerge, como já foi referenciado anteriormente, associada aos processos de socialização profissional dos enfermeiros.

Diogo (2018) refere que os contextos formativos são fundamentais na construção social e profissional do indivíduo, pois incluem os percursos individuais, sociais, de formação e profissionais, as experiências no espaço social e profissional, e o conhecimento profissional. O mesmo autor refere ainda que a reflexão sobre as aprendizagens no contexto de trabalho atribui sentido às experiências vivenciadas e desenvolve-se nas relações sociais presentes nos contextos de aprendizagem.

Numa investigação realizada por Teodósio (2014) sobre a formação e os processos identitários dos enfermeiros no Brasil, é evidente a importância do seu percurso formativo na construção da identidade profissional dos enfermeiros, para além da trajetória biográfica do indivíduo e das relações sociais e profissionais. A mesma autora realça a formação universitária, pela aquisição e desenvolvimento de competências, pelos valores assimilados e pelas interações sociais com os pares e professores, pela prática em contexto de trabalho, pelas relações estabelecidas, pelas experiências e pela procura de conhecimento.

Correia (2012) aponta como aspetos que influenciam o processo de construção de competências: a formação académica; a experiência vivida ao longo do percurso; os contextos de trabalho; e as oportunidades, desafios e motivação.

Lima et al. (2020) referem que a aprendizagem que ocorre durante a formação inicial poderá modificar o desenvolvimento dos estudantes em outras áreas da sua vida, com consequentes novas formulações de objetivos pessoais e concepções do mundo. Os mesmos autores valorizam no estudante o desenvolvimento de recursos e de funções, pela interação social do mesmo ao longo do CLE, para se adaptar as exigências profissionais ou repensar objetivos.

Os ensinamentos clínicos evidenciam-se, segundo Serra (2011), como espaços incontornáveis no processo de construção identitária dos enfermeiros, seguindo-se os momentos de formação em contexto académico. O ensino clínico tem uma responsabilidade importante na formação e promoção de valores, normas e atitudes profissionais (Parvan et al., 2018). Serra (2011) refere ainda que as relações estabelecidas com os pares, com os utentes, professores e enfermeiros orientadores também emerge no processo de construção da identidade.

Arantes et al. (2018) referem ainda que a educação em Enfermagem pressupõe que o enfermeiro compreenda que “cuidar” também é “educar”, pois para além de cuidar dos utentes, o enfermeiro também é educador, pois transmite aos utentes os seus conhecimentos e práticas relacionadas com a saúde.

Para facilitar a socialização dos estudantes de Enfermagem, Salisu et al. (2019) sugerem: um esforço de colaboração entre academia e prática, e professores e enfermeiros orientadores para identificar obstáculos à socialização; programas de acolhimento nos estabelecimentos de ensino que introduzam os estudantes na profissão; planeamento do CLE com inclusão de interações com os agentes de socialização; incentivo dos estudantes a participar em eventos profissionais; incentivo dos professores e dos enfermeiros orientadores para a socialização e para a compreensão dos processos de socialização das outras profissões que fazem parte da equipa multidisciplinar.

Os contextos formativos são então importantes espaços de construção profissional e social identitária do indivíduo. O percurso formativo do estudante influencia a sua construção identitária e promove o desenvolvimento de competências, a assimilação de valores e práticas nos contextos de trabalho, o fortalecimento de relações e interações pessoais, profissionais e sociais. O desenvolvimento de competências do estudante, futuro enfermeiro, é influenciado pela sua formação académica e pelas experiências vividas em contexto académico e no contexto de trabalho. A reflexão sobre as

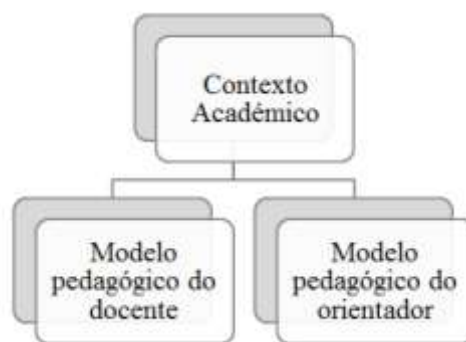
experiências vividas durante o percurso individual, formativo, profissional e social confere significado neste processo de estruturação profissional e social.

O contexto formativo dos enfermeiros, que comporta como já foi referido, uma componente teórica e uma componente de ensino clínico nos contextos de reais da prática clínica, influencia também o desenvolvimento do futuro enfermeiro noutras áreas da sua vida e influencia os recursos que ele irá adquirir e desenvolver para a mobilização de competências, nomeadamente as competências para orientar, posteriormente, estudantes de Enfermagem.

Nesta perspetiva educacional, importa também que os enfermeiros se responsabilizem que neste “educar” também está incluída a formação de pares, e que desde a sua formação no CLE devem ser motivados e envolvidos para a futura função que terão de assumir enquanto enfermeiros: a orientação de estudantes de Enfermagem.

Na categoria Contexto Académico, sustentada por treze entrevistados, foram encontradas duas subcategorias: Modelo pedagógico do docente e Modelo pedagógico do orientador (conforme explanado no diagrama 5).

Diagrama 5 - Socialização Secundária: Contexto Académico



Fonte: autoria própria

A subcategoria **Modelo pedagógico do docente**, suportada por doze participantes, descreve as atitudes pedagógicas dos docentes do CLE, sendo que algumas são de índole mais positiva, como a disponibilidade, a exigência, a capacidade de motivação e de reflexão, o serem “humanos” e a perícia; outras apresentam uma de cariz menos positiva, como a capacidade de exercer pressão e o serem desligados.

Arantes et al. (2018), numa investigação realizada com o objetivo de compreender a relevância do docente na formação do enfermeiro, referem que o mesmo é visto como responsável pela formação do indivíduo enquanto ser social e na formação da sua identidade. Ele atua em paralelo com a família e com o contexto social na educação do indivíduo. Ainda Lima et al. (2020) verificaram que a relação entre professor e estudante é fundamental no processo de ensino aprendizagem, pois o estudante reconhece o docente como suporte na construção da sua identidade profissional e na perícia de conhecimentos e práticas que ensina.

A disponibilidade foi uma atitude evidenciada, entre outros, por *Lucida* quando refere que “[...] *apoio por parte dos professores acho que foi muito... o estarem ali para qualquer coisa que nos pudéssemos, que me incentivou um bocadinho também a estar com outras pessoas e a tentar passar o meu conhecimento para elas, digamos assim.*”.

Algumas atitudes individuais que enfatizam a disponibilidade do docente são apontadas por Arantes et al. (2018): a inteligência emocional, a observação, o serem atentos, a capacidade para desenvolver relações interpessoais/pedagógicas. Estas condutas permitem a compreensão das complexas relações entre os indivíduos e aumentam o desenvolvimento de atividades complexas e do seu desempenho (Arantes et al., 2018).

Martínez-Linares et al. (2019) referem que os estudantes valorizam, nos docentes, qualidades relacionadas com a personalidade e as competências relacionais, mencionando, especificamente a simpatia, a proximidade, a acessibilidade e o sentido de humor.

Chan et al. (2017a, 2017b) e Lima et al., (2020) enfatizam a influência que as relações estabelecidas durante o CLE têm na aprendizagem e no desenvolvimento profissional. Acrescentam que uma relação empática com o docente, baseada na confiança mútua, na compreensão e em orientações claras, pode promover uma experiência de aprendizagem construtiva, aumentando o interesse e a motivação dos estudantes (Mikkonen et al., 2015; Chan et al., 2017a; Lima et al., 2020).

Rabiais (2016) valoriza os docentes enquanto fonte de suporte emocional, transferindo segurança, fomentando a autoconfiança, a autoestima, a autonomia, e fornecendo feedback construtivo e orientações para o desenvolvimento pessoal e para a consolidação da aprendizagem. A mesma autora refere que a posição facilitadora do docente se evidencia na relação que estabelece com o estudante pela sua presença, pela

sua disponibilidade, pela forma como transmite segurança e incentivo, e pela sua apreciação construtiva do desempenho e da aprendizagem do estudante (Rabiais, 2016).

Por outro lado, relações verticais promovem o distanciamento dos estudantes e podem gerar medo de questionar e ansiedade, nomeadamente se apresentarem uma atitude de crítica sem incentivo, de repreensão de erros e de comunicação inapropriada (Mikkonen et al., 2015; Chan et al., 2017a, 2017b; Lima et al., 2020).

Também Serra (2011), na investigação que realizou sobre a construção identitária dos estudantes de Enfermagem, menciona que as relações estabelecidas com os docentes são importantes no processo de construção identitária.

Relativamente à empatia, Mikkonen et al. (2015) e Lima et al. (2020) revelam que o défice de empatia dos docentes provoca, nos estudantes, atitudes de encorajamento para trabalharem no sentido de desenvolverem um padrão melhor do que o observado nos docentes.

A exigência foi outro comportamento do docente referenciada por vários entrevistados, onde destacamos *Gatria* que menciona que “[...] *tive um professor, que era... extremamente exigente, a gente até tinha medo... mas depois no final do curso, se revelou... completamente e ...que acabou por me surpreender de forma positiva.*”.

Na relação entre docente e estudante, a exigência pode-se revelar geradora de crise, nomeadamente como refere Lima et al. (2020), com a atitude em sala de aula que pode estabelecer barreiras e afastar os estudantes da apropriação da identidade profissional.

*Alya* valoriza nos docentes “[...] *a capacidade que eles tinham de nos motivar, tinham uma grande capacidade motivacional, gostavam daquilo que realmente estavam a fazer, e depois a forma como o faziam, os exemplos que davam, muito práticos, que depois nos ajudam a perceber logo o que é que se pretende*”, aspeto que *Rana* também enfatiza, realçando ainda a capacidade reflexiva quando se refere a um dos docentes dizendo que “[...] *as aulas dela eram muito pouco aquilo que estava planeado em termos de currículo, era muito fazer de nós seres pensantes e saber aquilo que, puxar pelo melhor de nós, pelas nossas competências.*”.

Arantes et al. (2018) referem que o docente deve promover a motivação do estudante na aprendizagem, utilizando uma prática pedagógica que proporcione partilha de experiências e de conhecimentos, transformando-as de forma reflexiva com o estudante.

Os mesmos autores valorizam ainda no professor a capacidade para formar enfermeiros empenhados com a educação, o que exige características como a criatividade, a inovação, a emoção, a capacidade de se relacionar e de atualização contínua. A criatividade é fundamental para a procura de novos comportamentos e novos resultados. A atitude inovadora permite o desenvolvimento de atividades para ultrapassar os desafios que emergem (Arantes et al., 2018).

Martínez-Linares et al. (2019) reforçam, também, que o docente tem de saber motivar os estudantes a aprofundar os seus conhecimentos, ensinando os conteúdos com estratégias dinâmicas e suportes didáticos diferentes.

Pellicari (2018) apresenta diretrizes para capacitar aspetos de liderança transformacional para professores do Ensino Superior, que passam por potencializar o carisma, a motivação inspiradora, o estímulo intelectual e a capacidade de atuação individual. O mesmo autor acrescenta que a liderança transformacional do professor pode gerar motivação e aumentar o desempenho intelectual dos estudantes, indo além da transferência de conteúdos em sala de aula, e capacita os professores para trabalharem na aprendizagem do estudante excedendo as expectativas (Pellicari, 2018).

*Regor* reforça a importância da reflexão em sala de aula quando se refere a um dos seus docentes que questionava “[...] *porque é que você acha que é? Então vamos lá aqui discutir os dois o que você acha, e essa discussão, ele permitir que o aluno discutisse com ele certos pontos de vista e refletisse dá prazer, e as coisas ficaram de uma tal maneira que não esquece.*”.

De novo, Arantes et al. (2018) reforçam que o professor deve possuir habilidades específicas, ser criativo e competente, para promover no estudante a capacidade de questionar, discutir e analisar com vista à construção de conhecimento. A sua prática deve possibilitar aos estudantes um pensamento crítico, reflexivo, inovador e participativo, criando condições apropriadas para a sua inserção social e para a construção da cidadania (Arantes et al., 2018).

O perfil humanista do docente e, mais uma vez, a sua disponibilidade é evidenciada por *Alya* quando recorda o cuidado do mesmo ao “[...] *tentar perceber, se calhar este aluno não está a perceber isto assim, deixa-me tentar colar aqui ao que ele... eram muito humanos, muito, personalizavam mesmo os próprios estudos, e acho que isso é importante, porque no meio de tantos alunos é bom haver essa capacidade de tentar*

*perceber, olha este não está a acompanhar tão bem como o grupo, deixa-me tentar dirigir um bocadinho mais as necessidades dele.”*. Arantes et al. (2018) valorizam no docente a transmissão de valores com vista a uma educação que, para além de promover o seu desenvolvimento técnico-científico, prepare o estudante para se relacionar com a sociedade.

*Alderamin* valoriza ainda no docente “[...] *o facto de ter visto alguém que é perito, foi perito numa área, inicia o ensino e vem realmente com tanto conhecimento [...]*”, considerando os docentes como “[...] *as minhas referências sempre foi alguém da escola.*”. Lima et al. (2020) refere que o estudante reconhece o docente como perito, nos conhecimentos e nas práticas que ensina, e como suporte na construção da sua identidade profissional. Martínez-Linares et al. (2019) reforça que o docente deve ter experiência prévia na prestação de cuidados, de forma a mobilizar experiências reais de uma forma didática e a reduzir a lacuna entre a teoria e a prática. Os autores referem ainda que o docente deve procurar a atualização contínua de conhecimentos e de recursos pedagógicos. Ainda Zarshenas et al. (2014) valorizam a observação do comportamento dos docentes pelos estudantes no processo de socialização profissional.

Numa investigação realizada com o objetivo de analisar o processo de construção da identidade profissional em estudantes de Enfermagem durante o seu percurso de formação, Lima et al. (2020) constataram que o docente é percebido como modelo pelos estudantes de Enfermagem, que sentem que a Enfermagem ganha forma através do docente. Estes constituem-se então como modelo para os estudantes, pelo que demonstram, pelo gosto pela disciplina de Enfermagem e pelo modo como operacionalizam as diversas características de ser enfermeiro (Marañón & Pera, 2015; González-Aguilar et al., 2018; Martínez-Linares et al., 2019; Lima et al., 2020).

Também Serra (2011), na investigação que realizou sobre a construção identitária dos estudantes de Enfermagem, refere que os docentes são vistos como modelos para o pensamento e para a ação no processo de construção identitária. Arantes et al. (2018) realçam que o docente, para além de transmitir o conhecimento e de ser um elemento facilitador, deve fomentar no futuro enfermeiro o envolvimento, a capacidade de aprender, compreender e fundamentar os seus conhecimentos científicos (Pires et al. 2021a; Pires & Santos, 2022)

Emergem, novamente, do discurso dos participantes, aspetos relacionados com modelos pedagógicos de cariz construtivista. Moreno e Barragan (2020), numa investigação cujo objetivo era identificar as práticas pedagógicas dos docentes de Enfermagem, reforçam que a prática pedagógica deve ser dotada de significados que possibilitem compreender, inovar, investigar, aprofundar e transformar o processo de ensino aprendizagem.

A ênfase do processo de ensino aprendizagem recai sobre o estudante enquanto elemento ativo, que se expressa e participa em sala de aula, possibilitando o desenvolvimento de competências cognitivas, afetivas e comportamentais. Este desenvolvimento de competências depende do estágio de desenvolvimento do estudante e do processo educativo (Moreno & Barragan, 2020). García et al. (2017) reforçam a importância de planos curriculares com metodologias mais flexíveis para permitir o protagonismo dos estudantes na sua aprendizagem.

O professor, enquanto mediador e facilitador, deve procurar a incorporação da relação entre a teoria e a prática numa perspetiva integradora (Piedrahita & Rosero, 2017). Na interação com o estudante, deve criar situações que estimulem a criatividade e o pensamento crítico e reflexivo sobre a prática e na construção do conhecimento. Ele deve assumir uma função reguladora e transformadora das iniciativas dos estudantes que integram e inquietam o espaço da sala de aula, reconhecendo as diferenças entre os mesmos, as necessidades e os pontos fortes. As estratégias pedagógicas adotadas devem emergir do processo reflexivo do professor sobre as suas práticas e da coerência com o modelo pedagógico (Moreno & Barragan, 2020).

O ambiente da sala de aula condiciona o processo de ensino aprendizagem, pela estrutura social e académica, pelas relações interpessoais, pela partilha de conhecimento estabelecida e pela subjetividade da interpretação da realidade. Neste contexto, devem ser facultadas as ferramentas que promovam a discussão, a liberdade e a autonomia dos estudantes, enquanto seres sociais únicos, numa perspetiva de desenvolvimento paralelo às mudanças e transformações da sociedade (Moreno & Barragan, 2020).

Os aspetos menos positivos referenciados pelos participantes prendem-se com situações de pressão, como refere *Electra* ao dizer “[...] *senti-me muito... pressionada por parte da escola, da professora que orientava aquele estágio... era... era um stress muito grande porque a professora aparecia sem avisar... e quando eu dava por mim ela estava atrás de mim a fazer-me perguntas, assim... era um fator de stress muito*

*grande.*”, e com o sentir o distanciamento dos docentes, como é evidenciado por *Rana* ao referir que os mesmos “[...] *eram muito desligados. Eu tive professores que nem sequer apareciam no campo de estágio.*”.

Lima et al. (2020), numa investigação que realizaram com o objetivo de analisar o processo de construção da identidade profissional em estudantes de Enfermagem durante o seu percurso de formação, constataram, relativamente ao contexto de ensino clínico, que o docente também foi identificado como aquilo que os estudantes não desejam ser, pois não manifestam na prática o que descrevem em sala de aula. Os autores acrescentam que os modelos percebidos como inadequados também participam no desenvolvimento da identidade profissional. Os estudantes podem aprender com modelos profissionais que não manifestam uma postura adequada à prática clínica (Felstead & Springett, 2016; Lima et al., 2020).

Os docentes que apresentam atitudes que se traduzem numa relação distante, como por exemplo críticas sem incentivo, repreensão de erros e comunicação inapropriada, despertam reações de ansiedade, medo de questionar e afastamento dos estudantes (Mikkonen et al., 2015; Chan et al., 2017a, 2017b; Lima et al., 2020). Rabiais (2016) evidencia que as necessidades emocionais dos estudantes podem indicar relações interpessoais menos adequadas, emergindo a inevitabilidade de refletir sobre as relações com o contexto, onde se inclui a academia.

Os autores referem também que posturas incoerentes por parte dos docentes pode suscitar perda de interesse dos estudantes pela aprendizagem, sentimento de insucesso na profissão, dificuldade na criação de estratégias de *coping* para se distanciar dos modelos que consideram inapropriados e aquisição de comportamentos inadequados no seu exercício profissional que podem vir a ser replicados (Mikkonen et al., 2015; Traynor & Buus, 2016; Lima et al., 2020).

Uma das estratégias pedagógicas consideradas eficazes, centrada no estudante e na sua aprendizagem, é o feedback (Rabiais, 2016; Burgess et al., 2020; Atkinson et al., 2021). O feedback tem como objetivo orientar os estudantes para o desenvolvimento de estratégias que facilitem o seu processo de aprendizagem, o seu desenvolvimento de competências, o seu crescimento pessoal e profissional, e a sua apreciação da sua aprendizagem e do seu desempenho com vista à autonomia, à responsabilidade e ao sucesso na aprendizagem (Rabiais, 2016; Burgess et al., 2020; Atkinson et al., 2021).

Rabiais (2016) enfatiza a importância do feedback na aprendizagem, pois promove a segurança, a confiança, a autoestima, a metacognição, a satisfação e a aprendizagem do estudante, assumindo que existem diferenças nos resultados consoante a forma como é utilizado.

Esta ferramenta educacional presume a criação de um relacionamento de confiança, de respeito, seguro, dinâmico e co-constutivo, que desafie a reflexão do estudante numa perspectiva de suporte à aprendizagem e ao seu desenvolvimento. Assenta ainda no seu conteúdo, ou seja, nas informações que vão permitir ao estudante comparar o seu desempenho com o que é esperado e identificar estratégias para o atingir (Burgess et al., 2020; Atkinson et al., 2021; Pires et al. 2020; Pires & Santos, 2022).

O feedback deve ser dado após a situação de aprendizagem, de forma regular, para que o estudante possa refletir, consciencializar-se dos pontos fortes e fracos, e compreender a evolução da sua aprendizagem (Rabiais, 2016). Burgess et al. (2020) e Atkinson et al. (2021) referem que para o feedback ser eficaz deve focar o desenvolvimento do estudante, ser baseado na observação direta, ser dirigido para o comportamento, ser construtivo, oferecer um plano de ação, demonstrar respeito pelo estudante e ser baseado na confiança e no diálogo. Rabiais (2016) acrescenta que este deve ser proporcionado de uma forma clara, numa lógica de reflexão, onde são referidos os aspetos positivos e as fragilidades do estudante e as orientações para atingir os objetivos de aprendizagem. Deve incorporar também a reflexão sobre as estratégias de melhoria da aprendizagem e de desenvolvimento de raciocínio clínico (Rabiais, 2016). Anderson (2011) destaca o modelo de feedback de avaliação, em que se deve fornecer um elogio/reforço positivo, seguido de uma crítica construtiva com posterior elogio/reforço positivo.

O feedback permite, então, ao docente elucidar o estudante sobre a sua evolução, dificuldades e conquistas de acordo com os objetivos de aprendizagem estabelecidos, podendo até redirecionar o processo de aprendizagem (Rabiais, 2016). Atkinson et al. (2021) realça a importância do incentivo de uma cultura organizacional de feedback nos contextos de aprendizagem.

Serra (2011) refere que os docentes, entre outros atores, desempenham uma atribuição secundária na construção identitária do estudante, provavelmente pelo afastamento

progressivo ao longo do CLE com a aproximação dos estudantes aos contextos da prática e dos enfermeiros orientadores.

A subcategoria **Modelo pedagógico do orientador**, apoiada por doze participantes deste estudo, descreve atitudes positivas identificadas pelos participantes, como uma atitude calma, uma postura de disponibilidade, de incentivo e inspiradora, condutas que manifestam capacidade de comunicação e demonstração de conhecimento teórico e técnico, e relações de orientação de proximidade e eficazes. Também surgem nesta subcategoria atitudes menos positivas, manifestadas por arrogância, críticas destrutivas, comportamentos desadequados, pouca disponibilidade para a função, relações de pouca proximidade e orientações menos eficazes.

Ao recordar uma experiência em ensino clínico, *Electra* valoriza “[...] *uma enfermeira que me auxiliava e que me tentava transmitir calma para conseguir, e me dizia que eu era capaz... aquela enfermeira teve uma presença muito marcante...e ainda hoje mantemos contacto... a calma e ponderação... e disponibilidade... nós temos que estar disponíveis [...]*”. A disponibilidade foi dos aspetos mais valorizado pelos participantes, como menciona também *Alya*, referindo que “[...] *acho que também é importante a disponibilidade. Acho que o estudante sentir que nós temos disponibilidade para tirar dúvidas [...]*”, *Talitha*, quando evidencia que “[...] *nos orientadores via disponibilidade, eram pessoas muito disponíveis para que eu colocasse dúvidas, para me orientarem, para me ensinarem, eram pessoas que... faziam críticas construtivas... [...] eram pessoas simpáticas.*”, e também *Homan* que refere que teve “[...] *enfermeiros espetaculares [...]*” e que encontrou “[...] *outros enfermeiros que me apoiaram bastante!*”.

Amaral e Pereira (2017) referem que o enfermeiro orientador deve adotar uma postura proativa no seu desempenho como orientador, e uma postura facilitadora, quer no acolhimento, quer no processo de integração do estudante no contexto de ensino clínico, promovendo um ambiente de respeito e confiança com o estudante. O planeamento do acolhimento aos estudantes em ensino clínico é fundamental, pois possibilita refletir sobre as possíveis necessidades de recursos e de enfermeiros disponíveis (Ferreira et al., 2018).

Os enfermeiros orientadores promovem a integração dos estudantes de Enfermagem como membros da equipa. O enfermeiro orientador auxilia o estudante a descobrir os

valores e o conhecimento tácito subjacente à prática clínica, e incita o estudante a ser um profissional competente, demonstrando o seu profissionalismo e a importância de orientar estudantes de Enfermagem (Zarshenas et al., 2014).

*Alya* recorda que houve um orientador que a marcou mais, pois “[...] *era uma pessoa muito inspiradora... é aquelas pessoas que nós olhamos e tem mesmo o dom da Enfermagem, era mesmo uma pessoa que transpirava o cuidar [...]*”, e ainda *Talitha* enfatiza que teve “[...] *boas experiências que me faziam eu querer ensinar, porque via naquelas pessoas um modelo, gostava de ser como elas, gostava de um dia... quero ser assim, eu senti-me bem com isto, realmente fui ajudada, motivada a saber mais e gostava de um dia ser assim como esta pessoa*”.

O enfermeiro orientador do contexto de ensino clínico ao apropriar-se das funções de enfermeiro orientador, fomenta o seu entusiasmo pelo aumento da autoeficácia na compreensão das suas competências e pela satisfação pessoal na função desempenhada (Parvan et al., 2018). MacLaren (2018) identificou como atributos dos enfermeiros orientadores o serem inspiradores, investidores e com funções de apoio e suporte. Segundo Parvan et al. (2018), a experiência do enfermeiro como orientador indicou que alguns aspetos foram eficazes na aquisição de uma experiência positiva, nomeadamente o acreditar nas suas capacidades.

Zarshenas et al. (2014) mencionam que, em contexto de ensino clínico, a observação do comportamento e das práticas dos enfermeiros são promotoras da aceitação da profissão e do sentimento de pertença. No estudo realizado por Parvan et al. (2018) os orientadores sentiram que eram um símbolo para os estudantes de Enfermagem. Este sentimento de símbolo, modelo ou espelho foi confirmado por outros estudos (Valizadeh et al., 2016), em que os enfermeiros foram importantes fontes de ensino para os estudantes (Parvan et al., 2018). Os enfermeiros são uma imagem positiva para estudantes e alguns veem o seu futuro nesses enfermeiros, e isso pode contribuir para o sentimento dos estudantes em relação ao seu futuro profissional (Parvan et al., 2018). Também Serra (2011), na investigação que realizou sobre a construção identitária dos estudantes de Enfermagem, refere que os enfermeiros orientadores são vistos como modelos para o pensamento e para a ação no processo de construção identitária.

O conhecimento teórico e prático foi evidenciado por *Saiph* quando refere que “[...] *valorizava a proximidade, valorizava o esclarecimento das questões, valorizava o saber*

*fazer também [...]” e também por Lucida quando afirma que “[...] ter conhecimento da situação, acho que isso é uma das coisas principais [...]”, e acrescenta a capacidade de comunicação com o estudante “[...] ter o à vontade suficiente para estar com um aluno, para poder explicar e para o poder orientar no sentido, deverias seguir este caminho ou aquele [...]”.*

Zarshenas et al. (2014) evidenciam a importância do feedback sobre o trabalho desenvolvido pelo estudante, como forma do estudante se sentir envolvido nas experiências educacionais, que o mesmo autor refere serem influenciadoras na formação e no processo de socialização.

O feedback implica oferecer informações específicas relativas à comparação entre o desempenho observado e o desempenho esperado, com o intuito de melhorar o desempenho. Neste sentido, faz parte do processo de aprendizagem, enriquece o estudante e a aprendizagem, diminui a distância entre o desempenho real e o esperado, suporta uma tomada de decisão mais eficaz e assiste no incremento dos resultados de aprendizagem (Burgess et al., 2020).

Loughran e Koharchik (2019) mencionam que o feedback é uma das funções-chave do enfermeiro orientador, pois permite momentos de reflexão sobre a prática e o desenvolvimento dos objetivos de aprendizagem, e possibilita o estabelecimento de estratégias e metas a atingir. Esta poderosa ferramenta promove a aprendizagem pela informação ao estudante sobre a sua evolução, sobre a observação da sua aprendizagem sobre as necessidades de aprendizagem e motiva o estudante a envolver-se de uma forma ativa no seu processo de aprendizagem (Burgess et al., 2020; Atkinson et al. 2021; Pires & Santos, 2022). Loughran e Koharchik (2019) enfatizam o caráter formativo e avaliativo do feedback: o feedback formativo deve ser oferecido de forma regular ao longo da orientação; e o feedback avaliativo deve ocorrer nos momentos previamente estabelecidos.

O feedback eficaz é um aspeto fundamental do processo de aprendizagem do estudante e implica o envolvimento do estudante na autorreflexão e autoavaliação, devendo reforçar os aspetos positivos e os aspetos a melhorar, permitindo a compreensão, a reflexão e a avaliação dos estudantes sobre o seu desempenho (Loughran & Koharchik, 2019; Burgess et al., 2020; Atkinson et al., 2021). Burgess et al. (2020) referem que para o feedback ser eficaz deve ser planeado, honesto, explícito, específico, conciso,

descritivo, focado no comportamento e validado pelo destinatário. Para além destes aspetos, o feedback deve ser regular, de forma a promover a autorreflexão e motivação para atingir os objetivos estabelecidos (Burgess et al., 2020; Atkinson et al., 2021).

Burgess et al. (2020) identificam barreiras ao processo de feedback: ausência de observação direta do comportamento; proteção do estudante de um feedback crítico; carência de feedback externo e incapacidade do estudante de aferir o seu desempenho. Os mesmos autores referem que os estudantes mencionam que o feedback é pouco frequente e inadequado, o que segundo Loughran e Koharchik (2019) afeta a relação de confiança que deve ser criada entre o enfermeiro orientador e o estudante através de um feedback eficaz. Burgess et al. (2020) evidenciam ainda que a receção de feedback não é um exercício simples e passivo, pois implica uma autorreflexão honesta e um compromisso de desenvolvimento da aprendizagem. Segundo os autores, a aceitação do feedback pode depender da perceção do estudante sobre a credibilidade de quem está a dar o feedback.

Neste sentido, Loughran e Koharchik (2019) referem que dar feedback construtivo pode causar ansiedade no enfermeiro orientador e Lazarus (2016) sugere outra estratégia de feedback: o enfermeiro orientador fornece feedback positivo, seguido de feedback construtivo, seguido de feedback positivo. Burgess et al. (2020) acrescentam que o feedback deve ser liderado pelo estudante, de forma a estimular a autorreflexão, e deve focar os objetivos de aprendizagem e os objetivos pessoais, estipulando um plano de ação para o desenvolvimento da aprendizagem.

Neste processo, o enfermeiro orientador deve ser honesto e construtivo no feedback dado sobre o desempenho do estudante e deve estabelecer estratégias de melhoria em conjunto (Burgess et al., 2020; Atkinson et al., 2021). Burgess et al. (2020) enfatizam que a forma como o feedback é oferecido pode influenciar os resultados de aprendizagem do estudante, estimulando-o a refletir e a melhorar o seu desempenho, ou desmotivando-o. Uma das estratégias sugeridas para oferecer feedback inclui: questionar o estudante sobre o que correu bem; verbalizar o que correu bem; questionar o estudante sobre o que pode ser melhorado; e expressar o que pode ser melhorado. Os autores referem que esta estratégia proporciona aos estudantes a oportunidade de refletirem sobre a sua prática e de identificarem estratégias de melhoria (Burgess et al., 2020).

Loughran e Koharchik (2019) reforçam a importância de o enfermeiro orientador informar o docente quando identifica que o estudante manifesta dificuldades na sua aprendizagem, por forma a estabelecerem estratégias de suporte à aprendizagem do estudante.

Parvan et al. (2018) valorizam ainda os enfermeiros como fonte de ensino para os estudantes de Enfermagem, quer relativamente às competências comunicacionais, quer relativamente ao conhecimento científico demonstrado. O mesmo autor refere que as competências que o enfermeiro desenvolve com a sua prática e no seu contexto de trabalho específico podem ser bastante úteis na formação dos estudantes. No entanto, o conhecimento teórico também é fundamental na formação dos estudantes e os enfermeiros têm necessidade de procurar mais conhecimento para colmatar as lacunas existentes (Parvan et al., 2018).

A relação de proximidade que os participantes sentiram com os respetivos enfermeiros orientadores foi vivenciada de diferentes formas: *Alya* teve uma experiência em que “[...] o trato dos estudantes era próximo... era, não sei explicar, assim uma coisa... foi muito interessante, não sei se isso influencia também não é [...]”; e ainda *Electra* reforça que “[...] a proximidade que também deve ser necessária para nós nos sentirmos a vontade, nós enquanto estudantes, porque na altura eu era estudante... para colocar dúvidas, para colocar questões, para nos sentirmos à vontade de não ter medo de dizer que errámos quando efetivamente errámos [...]”. O mesmo participante vivenciou experiências em ensino clínico em que a proximidade com o enfermeiro orientador não era tão marcada referindo que “[...] houve orientadores que eu senti que foi difícil a relação e, no entanto, aprendi muito, não é, não quer dizer que não haja aprendizagem, mas nós não nos sentimos bem”.

Zarshenas et al. (2014) referem que as estratégias utilizadas no processo de orientação por parte dos enfermeiros orientadores, as metodologias de trabalho e a experiência com diferentes situações clínicas dos utentes contribuem para o processo de socialização. Martínez-Linares et al. (2019) enfatizam a importância da socialização no início do ensino clínico como um aspeto que influencia o processo de aprendizagem do estudante. Serra (2011) na investigação que realizou sobre a construção identitária dos estudantes de Enfermagem menciona que as relações estabelecidas com os enfermeiros orientadores são importantes no processo de construção identitária. As relações

estabelecidas com os profissionais do contexto de trabalho, a incorporação da forma de pensar e de agir, a apreensão de valores e das normas desse grupo profissional passa a ser a referência nas atitudes, comportamentos e condutas do profissional (Figueiredo & Peres, 2019).

Reis (2016), numa investigação realizada com o objetivo de compreender a influência da relação supervisora no desenvolvimento da identidade profissional dos estudantes, realça que a relação entre o estudante e os enfermeiros orientadores influenciou a identidade pessoal e profissional dos estudantes, e o desenvolvimento de competências profissionais. A mesma autora refere que, interligadas ao processo de supervisão, emergem as dimensões da autoestima e da tomada de decisão (Reis, 2016).

Rua (2009) desenvolveu uma investigação com o objetivo de compreender de que forma os estudantes desenvolvem as suas competências em contextos de ensino clínico de acordo com a perspetiva bioecológica de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner & Morris, 1998) e do seu modelo PPCT (Pessoa, Processo, Contexto e Tempo). Nesta investigação, a autora identificou fatores que influenciam o desenvolvimento de competências, onde destacamos, neste contexto, os aspetos relativos ao processo, nomeadamente a atividades e a proximidade com o enfermeiro orientador, as estratégias de supervisão utilizadas e as dificuldades sentidas pelo orientador. Alguns aspetos relativos ao contexto também são de referenciar, como a atmosfera envolvente, o conhecimento e o relacionamento interinstitucional.

Cant et al. (2021) valorizam, na conclusão da sua revisão sistemática da literatura (RSL) sobre as perceções dos estudantes relativamente à qualidade dos contextos de aprendizagem clínica, a relação da orientação entre enfermeiro orientador e estudante é promotora de um bom ambiente pedagógico, evidenciando a necessidade de parceria conjunta para o desenvolvimento da aprendizagem do estudante.

Relativamente aos aspetos menos positivos, foram mencionadas por *Talitha* posturas “[...] arrogantes, a própria presença delas incomodava-me. Faziam críticas destrutivas... e acho que isso depois vai ter muita influência no aluno, porque para já não é motivador, porque nós, eu falo por mim, eu só queria era que aquilo terminasse [...]”. *Alya* também refere posturas pouco disponíveis, quando fala da influência dos problemas pessoais na relação com o estudante, dizendo “[...] parecendo que não, os

*nossos problemas pessoais influenciam, mesmo que nós não queiramos influenciam, ela não estava tão disponível”.*

Uma postura desadequada por parte do enfermeiro orientador foi também referenciada por vários participantes. *Gatria* refere que “[...] *foi a forma como ela [enfermeira orientadora] me abordou por uma situação... temos de ser exigentes, mas não temos de ser mal-educados, não temos de ser ruins para o aluno.*”. Também *Saiph* menciona que “[...] *não valorizava era andarem sempre a bater, ou quase... sim a bater literalmente, e isso acontecia muito [...]*” nos locais onde esteve em ensino clínico. *Lucida* descreve uma experiência em que sentia que “[...] *não tinha abertura para nada, não tinha abertura para perguntar, senti que foi um estágio em que não podia fazer nada, e que só podia fazer mesmo aquela tarefa e mais nada disso, senti que não tinha liberdade para poder observar o serviço e ir ter com os outros, só podia estar com aquele orientador [...]*”. *Alderamim* refere mesmo que “[...] *é difícil não estabelecendo uma relação com um enfermeiro haver um bom desenvolvimento do estudante*”.

Segundo *Parvan et al.* (2018) a experiência do enfermeiro como orientador também foi associada a uma experiência negativa, nomeadamente devido à fadiga e à necessidade de suporte e de conhecimento sobre práticas de ensino aprendizagem e avaliação.

Relativamente à orientação, os participantes sentiram que nas experiências que tiveram em ensino clínico, a mesma foi realizada de diferentes formas. *Alderamim* recorda que “[...] *por incrível que pareça, quando me falam em ensino clínico, das experiências, eu lembro-me do não tão bom, do mau... Porquê? Porque não houve orientador!*” e ao falar de outra experiência acrescenta que “[...] *uma equipa inteira de Enfermagem não pode ser responsável pela formação de dois, três, quatro, seja o número de estudantes que for, porque isso é impensável*”. Ainda *Homan* relembra que “[...] *no 2.º ano, no 1.º estágio hospitalar que foi no serviço de cirurgia, fiquei desde o 2.º dia com três doentes a meu cargo e quando digo a meu cargo era com a mínima orientação da enfermeira orientadora... basicamente fazia tudo sozinho e a “enfermeira” só vinha no final para ver se achava que estava tudo bem feito, mas no momento em que estava a prestar cuidados efetivos ela não estava sequer no quaro [...]*”. Outros participantes descrevem “[...] *outras experiências que realmente me marcaram porque foram boas enfermeiras a nível de orientação que moldaram a minha prática no dia a dia.*”, como verbaliza *Alderamim*, e ainda *Homan* refere que teve “[...] *vários enfermeiros e enfermeiras*

*orientadores que foram fantásticos e que realmente colocaram a parte do ensino num patamar superior, e que me mostraram a importância de ensinar, e de explicar, e de fazer as coisas bem... por acaso tive”.*

A relação e interação entre o estudante, o enfermeiro orientador em ensino clínico e restante equipa é apontada por Melo et al (2017) e Liljedahl (2018) como um fator que pode ser gerador de dificuldades em ensino clínico, influenciando o sucesso da aprendizagem.

Salisu et al. (2019) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de identificar aspetos facilitadores da socialização profissional dos estudantes de Enfermagem e os desafios da mesma. Os autores identificaram fatores profissionais, educacionais e pessoais como facilitadores da socialização. Os fatores profissionais prendem-se com o contexto profissional onde decorre o ensino clínico, os profissionais desse contexto e a relação estabelecida com os mesmos, o trabalho em equipa desenvolvido, o suporte profissional que sentiram, a liderança e o alinhamento entre a realidade prática e os ideais profissionais. Relativamente aos fatores educacionais, foram identificados aspetos como o suporte pelos professores e enfermeiros orientadores, as redes extracurriculares e o apoio académico numa perspetiva de aprendizagem interativa. Os fatores pessoais identificados elencam-se com a disponibilidade, a motivação, a iniciativa para procurar conhecimento, a comunicação e interação nos contextos, o sentimento de pertença, as experiências educacionais, a reflexão e a observação de papéis.

Nos desafios ao processo de socialização profissional dos estudantes de Enfermagem foram encontrados também fatores de ordem profissional, educacional e pessoal. Os desafios profissionais que emergiram foram a integração nos contextos, os relacionamentos com os atores e condições extraprofissionais, a discriminação, o isolamento, a dissonância entre a realidade prática e os ideais profissionais e a incoerência teórico-prática *versus* conhecimento tácito. No âmbito dos desafios educacionais, foram evidenciados programas de aprendizagem independentes, com uma educação focada e interações limitadas. Em relação aos desafios pessoais, foram identificados fatores como a dependência, a limitação de tempo e as crenças pessoais (Salisu et al., 2019).

A relação entre o enfermeiro orientador e o estudante emerge, então, como um fator facilitador da socialização e simultaneamente como um desafio à mesma (Salusi et al.,

2019). Uma relação de proximidade é reconhecida como fundamental para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e de competências, sendo evidenciadas a transmissão de segurança, conforto e motivação. A relação estabelecida deve ser de parceria, de cariz humanista e incluir feedback regular, honesto e críticas construtivas de forma a aumentar a autonomia, a confiança e a satisfação do estudante. Esta relação deve ainda compreender os receios, as dúvidas e o estado emocional do estudante, sendo importante que o enfermeiro orientador, reconhecido como facilitador pelos estudantes, demonstre disponibilidade, conduza a aprendizagem, propicie a autonomia, favoreça a tomada de decisão, substancie de forma construtiva o desempenho do estudante e compartilhe sucessos (Rabiais, 2016).

O envolvimento do estudante proporciona um ensino clínico com resultados mais positivos (Rabiais, 2016). Terblanche e Cilliers (2021) evidenciam na investigação realizada que, em ensino clínico, os estudantes de Enfermagem experimentaram elevados níveis de diferentes tipos de ansiedade associada ao ambiente, à função, às expectativas, ao desempenho, aos doentes e à relação com o enfermeiro orientador. Esta ansiedade manifesta-se por reações de medo, individualização dos erros, capacidade de autocrítica, e sentimento de fragilidade, abandono e solidão, o que os leva a sentirem que não correspondem ao esperado. Os autores referem ainda que os estudantes de Enfermagem podem apresentar dificuldade em assumir a sua atribuição profissional, reforçando que a identidade profissional do estudante é norteadada pelo compromisso, pelas relações interpessoais e pelo ambiente clínico.

Para uma maior interação e envolvimento do estudante podem ser utilizadas estratégias, algumas das quais já especificamos anteriormente, nomeadamente: a confiança, a motivação, o reforço positivo e o feedback (Rabiais, 2013).

Terblanche e Cilliers (2021) reforçam que é importante o enfermeiro orientador atender à especificidade dos aspetos relacionais com o estudante aquando da criação da relação, que se aspira de confiança e de parceria, por forma a influenciar o sucesso da aprendizagem.

Os enfermeiros orientadores emergem, então, como suporte para o desenvolvimento pessoal e para a aprendizagem, fornecendo feedback e dando apoio emocional, através da transmissão de segurança que fomenta a autoconfiança, a autoestima e a autonomia (Rabiais, 2016).

## *Síntese*

Os entrevistados que valorizaram o Modelo pedagógico do docente apresentam diferentes experiências na orientação de estudantes e situam-se em distintos estádios de desenvolvimento socioprofissional.

A atitude pedagógica adotada pelos docentes é absorvida pelos estudantes através da observação. A relação estabelecida entre o docente e o estudante é fundamental para uma aprendizagem mais construtiva que promova um maior desenvolvimento profissional, motivação e um incentivo à reflexão e ao pensamento crítico do estudante. Atitudes de cariz mais positivo permitem a compreensão das relações estabelecidas e o desenvolvimento de atividades de ensino adequadas ao desenvolvimento dos estudantes. Comportamentos de índole menos positiva podem ser geradoras de momentos de crise, com o conseqüente despertar de barreiras à aprendizagem, ao comportamento e desenvolvimento profissional, e que influenciam a construção identitária.

O docente, através da explicitação do seu modelo pedagógico, enquanto perito, agente facilitador e modelo, para além de ser responsável pela formação dos estudantes, suporta o seu desenvolvimento e construção identitária positiva enquanto ser social e profissional.

A literatura confirma então a importância de modelos pedagógicos construtivistas, onde o docente fomenta relações efetivas e facilitadoras que promovam não só a aprendizagem, mas também a construção de uma identidade pessoal, profissional e social. São valorizadas neste âmbito a disponibilidade, a inteligência emocional, a empatia, a confiança, a criatividade, a capacidade para motivar os estudantes, a capacidade de comunicação e relacional, a capacidade de reflexão e de promover o pensamento crítico e reflexivo nos estudantes, a capacidade de transmitir valores sociais e a perícia.

Os aspetos relacionados com o Modelo pedagógico do enfermeiro orientador foram referenciados por enfermeiros em diferentes estádios do modelo de desenvolvimento socioprofissional e com diferentes experiências na orientação de estudantes de Enfermagem.

Este Modelo pedagógico deve englobar, conforme o relatado na literatura, disponibilidade para a função, proximidade com o estudante, demonstração de perícia

na área de atuação e fomentar o entusiasmo com a profissão. O enfermeiro orientador deve também ser um elemento facilitador e promover um ambiente de respeito e de confiança no acolhimento e integração do estudante no contexto de ensino clínico.

À semelhança do que foi descrito sobre o docente, o estudante pela observação do enfermeiro e pelo reconhecimento deste como modelo, assimila os seus comportamentos, o seu raciocínio, os seus valores, as suas competências comunicacionais, relacionais e técnico-científicas, assumindo o seu profissionalismo como uma referência para a sua futura conduta profissional.

As estratégias de orientação utilizadas pelo enfermeiro orientador e a forma como se relaciona, para além de promoverem a socialização do estudante, favorecem o desenvolvimento de competências do estudante e demonstram a importância da função de orientação de estudantes de Enfermagem.

O enfermeiro orientador ao longo do percurso formativo do estudante pode influenciar o futuro enfermeiro no desenvolvimento de competências de orientação, pelo profissionalismo e empenho que demonstra no processo de orientação.

O contexto académico, como já foi referenciado, emerge como espaço de socialização profissional e construção identitária. As vivências dos entrevistados durante o CLE, quer na academia quer nos contextos de ensino clínico, evidenciam aspetos relacionados com o Modelo pedagógico do docente e do enfermeiro orientador que influenciaram o seu desenvolvimento pessoal, profissional e social, pela socialização e reconstrução da sua identidade profissional.

Os fatores facilitadores da socialização profissional apontam para aspetos que são fundamentais para o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, reflexivas e técnico-científicas, que virão a ser fundamentais enquanto recursos endógenos, a utilizar na aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro na sua função de orientador de estudantes em ensino clínico.

A valorização dos modelos pedagógicos, adotados pelo docente e pelo enfermeiro orientador, foi evidenciada por quase todos os participantes como importante no processo de desenvolvimento de competências de orientação de estudantes.

### 3.2.2 – Contexto Profissional

A categoria contexto profissional remete-nos – assim como a anterior categoria contexto acadêmico – para processos de socialização profissional dos enfermeiros.

A socialização profissional é o processo de aquisição de conhecimentos e competências necessários para o desempenho de uma profissão com normas e valores específicos e para o compromisso necessário à profissão (Zarshenas et al., 2014). Durante o processo de socialização profissional ocorre a interiorização de valores fundamentais para o comportamento profissional e, concomitantemente, o desenvolvimento de uma identidade profissional (Zarshenas et al., 2014; Hunter & Cook, 2018). Teodósio (2014) reforça que a construção da identidade profissional é influenciada pelas relações profissionais estabelecidas, pelo conhecimento profissional e pela prática em contexto de trabalho. Correia (2012) acrescenta que os contextos de trabalho, e as respetivas oportunidades que emergem no mesmo, influem no processo de construção de competências.

A socialização profissional decorre também com a experiência no contexto de trabalho (Zarshenas et al., 2014), onde acontece a maior aprendizagem de ética profissional, a observação de modelos de prática e a perceção do chamado currículo oculto das culturas organizacionais. Conceitualmente, o currículo oculto é um conjunto de influências ao nível da estrutura e cultura organizacional de uma instituição, que transmite expectativas, valores e normas comportamentais, que se refletem nas práticas que suportam essa cultura (Hunter & Cook, 2018). A seleção de novas práticas que modifiquem este currículo oculto pode ocorrer pela promoção de competências reflexivas nos novos profissionais (Hunter & Cook, 2018).

Diogo (2018) valoriza ainda o processo de reflexão sobre as aprendizagens em contexto de trabalho por forma a atribuir sentido às experiências vivenciadas e a se desenvolverem relações sociais.

Como já foi mencionado, no contexto profissional de Enfermagem, a socialização inicia-se no CLE, estendendo-se ao longo do percurso profissional do enfermeiro. Em contexto profissional, para além da construção de competências, ocorrem também processos de socialização profissional pela aquisição de normas, valores, papéis, conhecimentos e competências, e pela experiência e observação dos modelos da prática.

Verifica-se, então, de forma simultânea e complementar, o desenvolvimento do comportamento e do desempenho do profissional, e a construção e/ou reconstrução da identidade profissional do enfermeiro, pelas interações no contexto profissional, considerando as características individuais de cada um e a sua experiência de vida.

Na categoria **Contexto Profissional**, suportada por todos os participantes deste estudo, emergiram três subcategorias: Experiência Profissional, Equipa de Enfermagem e Gestão do serviço (ver diagrama 6).

Diagrama 6 - Socialização Secundária: Contexto Profissional



Fonte: autoria própria

A importância do contexto profissional na construção de competências dos enfermeiros é valorizada por Serrano (2008) e Correia (2012). Correia (2012), numa investigação realizada sobre o processo de construção de competências dos enfermeiros em unidades de cuidados intensivos, encontrou quatro domínios que suportam esse processo: um lugar onde se aprende, que implica o ambiente de trabalho, a organização do trabalho e estratégias de liderança; a conceção dos cuidados, que engloba o significado atribuído aos cuidados, o conhecimento da pessoa doente e familiar e as interações em processos de transição; a construção da profissionalidade, pelas vivências de cuidar a pessoa em situação crítica com o respetivo sentido ético do agir; e a formação pessoal, que compreende o sentimento de si e o ensinar e instruir-se. Noutra investigação realizada por Serrano (2008), com o objetivo de averiguar o modo como os enfermeiros desenvolvem competências de cuidar num serviço de Medicina, o autor identificou determinantes neste processo: o *habitus* do serviço; a organização, mediada pela supervisão da enfermeira chefe; o clima e a cultura organizacional como promotor de

aprendizagens; as situações complexas que são promotoras da reflexão e do desenvolvimento de competências; e a construção da experiência baseada na reflexão sobre a prática, considerando as dimensões afetivas e cognitivas.

É neste contexto profissional que o enfermeiro orientador facilita a aprendizagem do estudante em contexto de ensino clínico. Cant et al. (2021) caracterizam o ambiente de aprendizagem clínica como um ambiente sociocultural com estrutura própria, hierarquia definida e um conjunto de relações que interferem com o seu ambiente geral e com as percepções das experiências de aprendizagem dos estudantes.

O contexto profissional assume-se, então, como um espaço fundamental no desenvolvimento de competências dos enfermeiros pelo clima e cultura organizacional, pelo ambiente de trabalho, pelas formas de organização do trabalho, pelas interações que nele ocorrem, pela liderança e pelas reflexões que acontecem sobre a prática clínica.

Na subcategoria **Experiência Profissional**, sustentada pelos 14 entrevistados, encontrámos aspetos que se referem à experiência profissional no contexto de prática, à experiência na orientação de estudantes de Enfermagem e à experiência na gestão.

Relativamente à experiência profissional no contexto, a perícia no contexto da prática clínica é enfatizada por vários participantes. *Bellatrix* refere que “[...] *para ser um bom orientador... é importante ter o domínio das competências técnico científicas, mas também desenvolver algumas capacidades relacionais [...]*” e que “[...] *foi tentando saber mais... quando tive a primeira estudante tive necessidade de estudar mais, muito mais [...]*”. *Alderamim* enfatiza que “[...] *se temos alguma mais-valia em nós é o nosso conhecimento... o nosso conhecimento teórico, o nosso conhecimento científico*”.

*Bellatrix* e *Alderamim*, entre outros entrevistados, valorizam o conhecimento científico e as competências técnico-científicas. Le Boterf (2003), referindo-se ao conhecimento, menciona que o *saber* engloba o saber teórico, o saber do meio, e os saberes associados aos procedimentos. O *saber teórico* possibilita a compreensão de uma situação, retratando e clarificando a sua composição e entendendo o seu sentido. O *saber do meio* refere-se ao contexto no qual o profissional exerce as suas funções, no fundo o contexto onde as competências profissionais são colocadas em ação. Os *saberes associados aos procedimentos* pressupõem um guião de indicações sobre como atuar para um determinado desempenho (Le Boterf, 2003; Amaral & Figueiredo, 2021a).

Percebemos então que estas três dimensões do saber são fundamentais para o domínio teórico da área de atuação: o *saber teórico* pelos conhecimentos intrínsecos à prática profissional no contexto; o *saber do meio* pelos conhecimentos referentes ao contexto; e o *saber associado aos procedimentos* pelo conhecimento de diretrizes de atuação do contexto (Le Boterf, 2003; Amaral & Figueiredo, 2021a). Dubar (2012) acrescenta, referindo-se ao conceito de saber profissional, que o percurso formativo no âmbito profissional, as experiências vividas no contexto profissional e a reflexão sobre a teoria e a prática clínica concorrem para o desenvolvimento do saber profissional (Amaral & Figueiredo, 2021a).

O domínio do conhecimento científico do enfermeiro é imprescindível para combinar habilidades clínicas eficazes e habilidades de ensino, para transferir conhecimentos teóricos para a prática clínica e, conseqüentemente, transformar a experiência nos contextos em momentos de aprendizagem, ou seja, para serem produtivos em relação ao ensino (Ribeiro & Prado, 2013; Ferreira et al., 2018; Lethale et al., 2019).

Em relação às competências de cariz mais técnico, Le Boterf (2003) identifica-as com o *saber-fazer*, que engloba o *saber-fazer formalizado*, *empírico* e *cognitivo*. O *saber-fazer formalizado* reflete o saber dominar a aplicação na prática do *saber*. O *saber-fazer empírico* é um saber proveniente da ação, que se conquista através da repetição da experiência. O *saber-fazer cognitivo* representa operações intelectuais imprescindíveis para a dar resposta a situações, conceber projetos, ser criativo e tomar decisões (Le Boterf, 2003; Amaral & Figueiredo, 2021a).

Destas dimensões, compreendemos o *saber-fazer formalizado*, o *saber-fazer empírico* e o *saber-fazer cognitivo* reconhecidos por Le Boterf (2003) e Amaral e Figueiredo (2021a) intrinsecamente ligados às competências técnicas: o *saber-fazer formalizado*, pelo domínio da aplicação do saber na prática clínica; o *saber-fazer empírico*, assimilado pela repetição das experiências vivenciadas na prática clínica; e o *saber-fazer cognitivo*, pela capacidade de pensamento crítico e de reflexão para resolver situações e tomar decisões. A importância das experiências vivenciadas no contexto para a aquisição e desenvolvimento de competências é também evidenciada por Benner (2001).

A atualização de conhecimentos e as especificidades dos contextos, segundo Tabari-Khomeiran et al. (2007), influenciam o desenvolvimento de competências dos

enfermeiros. Num estudo realizado por Lethale et al., (2019), o conhecimento e a experiência são valorizados pelos orientadores, pelos estudantes e pela chefia do serviço como aspetos que influenciam a eficácia da orientação. Martínez-Linares et al. (2019) evidenciam ainda que a experiência do enfermeiro orientador produz um sentimento de segurança nos estudantes.

*Bellatrix* enfatiza a necessidade de aprofundar conhecimentos, o que vai de encontro ao referido por Ribeiro e Prado (2013) e Jeggels et al. (2014) que enfatizam o auto-desenvolvimento do enfermeiro e o interesse no seu crescimento profissional e na sua especialização num determinado contexto de prática clínica.

*Alderamim* refere ainda que “[...] *nós devemos chegar a uma fase em que somos peritos e aí realmente adquirir o estatuto de enfermeiro orientador*”. Benner (2001) refere que a experiência num determinado contexto e o domínio teórico dessa área de atuação parecem ser indissociáveis (Benner, 2001; Amaral & Figueiredo, 2021a). A perícia no contexto profissional pressupõe o *saber fazer*, em todas as dimensões referidas por Le Boterf (2003) e o *saber do meio* que pertence aos contextos no qual o profissional se insere ou inseriu, e nos quais a competência é aplicada na ação (Le Boterf, 2003; Amaral & Figueiredo, 2021a). Para Benner (2001), os aspetos-chave da prática de Enfermagem perita são: o domínio clínico e uma prática baseada na evidência; o *know-how* incorporado; a visão holística de uma situação; e a antecipação do inesperado. A autora evidencia também as experiências vivenciadas e o conhecimento que se desenvolve ao longo do tempo como a base para a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro. Valoriza ainda a expansão do *know-how* pela investigação, baseado na teoria e a identificação do *know-how* existente, desenvolvido pela prática clínica (Benner, 2001; Amaral & Figueiredo, 2021a).

*Talitha* que ainda não iniciou o seu percurso como orientadora menciona que “[...] *o enfermeiro orientador tem de ser um modelo..... tem de ser uma pessoa com alguns anos de experiência, com muitas competências, com muitos saberes adquiridos.*”. *Talitha*, enfermeira iniciada e sem experiência na orientação de estudantes, valoriza a imagem do enfermeiro orientador como modelo. Zarshenas et al. (2014) confirmam que os enfermeiros iniciados necessitam de ter modelos positivos ao longo do seu percurso profissional de forma a entender as peculiaridades da profissão. Uma das peculiaridades da profissão é a função de orientador de estudantes de Enfermagem assumida pelo

enfermeiro no seu contexto de trabalho. Hunter e Cook (2018) acrescentam que os enfermeiros iniciados necessitam da opinião dos pares, experientes. Para os enfermeiros iniciados nem sempre é fácil estipular quais os melhores modelos a seguir, quer pela incoerência a nível dos valores profissionais, quer pelas limitações organizacionais (Hunter & Cook, 2018).

A referência ao enfermeiro como modelo é também afirmada por Regor, enfermeiro perito e experiente na orientação de estudantes, quando diz que “[...] *se és um modelo para a tua equipa, se és um modelo no serviço... és modelo entre aspas não é... se te consideram e tens o teu espaço, a tua forma de agir, a tua forma de atuar, e se és solicitado para ajudar, para resolver, para decidir, tu tens um aluno ao teu lado e instintivamente ele vai estar a assimilar, vai... não é... valorar mais aquilo que tu lhe estás a transmitir.*”.

Zarshenas et al. (2014) referem que a presença de modelos de atuação favorece o processo de socialização e de construção da identidade profissional, pelo aumento da autoconfiança e do reconhecimento. Ainda Borrallo-Riego et al. (2021) mencionam que os enfermeiros orientadores devem mostrar-se como modelos de aprendizagem que inspiram os estudantes, acrescentando que modelos inadequados afetam de forma menos positiva a experiência dos estudantes em ensino clínico. Os modelos profissionais são reconhecidos como profissionais que influenciam os pares, pela sua atuação e pelas suas características profissionais e pessoais suscetíveis de serem imitados (Felstead & Springett, 2016; Lima et al., 2020). Lima et al. (2020) complementa que a imitação é um recurso que assume grande importância na transformação da personalidade de uma pessoa, possibilitando a aprendizagem colaborativa e proporcionando o seu desenvolvimento. Zarshenas et al. (2014) referem ainda que os profissionais que são identificados como modelos, auxiliam na apreensão das funções do trabalho, pela translação de conhecimentos teóricos para a prática e pela forma como prestam cuidados. Para além desta absorção, também é incentivador para o desenvolvimento dos estudantes de Enfermagem, a manifestação de valores pelos profissionais referida por Shafakhah et al. (2016) e Lima et al. (2020).

Relativamente à experiência profissional na orientação de estudantes, quatro participantes tiveram experiência de orientação de grupos de estudantes como docentes em regime presencial em ensino clínico.

*Regor* refere que foi uma experiência que lhe deu “[...] bastante, era uma experiência que eu não tinha, acompanhamento de alunos em estágio [...]” e que “[...] em grupo, em que tu fazes então a supervisão clínica propriamente dita, planeias o estágio, avalias, fazes validação de notas, avalias trabalhos... pronto, dá-me um prazer enorme.”. Também *Alya* refere que teve uma “[...] primeira experiência com um grupo do 1.º ano, que também achei muito interessante e que foi diferente”.

Para além de *Regor* e *Alya*, também *Bellatrix* e *Alderamim* tiveram experiências na orientação de estudantes em grupo, enquanto docentes de uma instituição de ensino a tempo parcial. Esta experiência para *Regor* e *Alya* apresenta-se como um desafio, mas simultaneamente como uma motivação para esta função.

A inexperiência profissional quando se inicia a orientação de estudantes é descrita por *Nashira* que refere “[...] que uma pessoa com três anos de experiência profissional ainda é muito inexperiente. Principalmente num serviço, na altura comecei a orientar alunos na urgência... é um serviço muito vasto e que requer muitos conhecimentos e muita dinâmica [...]” e ainda por *Bellatrix* ao mencionar que “[...] estava cá se calhar há uns dois, três anos... foi como enfermeira orientadora de uma estudante do 4.º ano. Eu achei que era muito cedo.”.

A pouca experiência no contexto de prática clínica foi evidenciada por *Nashira* e *Bellatrix* como um aspeto limitador no início dos seus percursos como orientadoras. Zuriguel-Pérez et al. (2019) constataram que a capacidade de pensamento crítico está relacionada, entre outros fatores, com o número de anos de experiência profissional. *Alderamim* reforça que “[...] uma pessoa que não domina claramente a área de intervenção é difícil orientar estudantes.”.

Considerando o que foi anteriormente referenciado por Zuriguel-Pérez et al. (2019) e o modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner (2001), percebemos que um enfermeiro proficiente ou perito no seu contexto de prática clínica, ou seja, com maior domínio da sua área de intervenção, apresentará maior capacidade de pensamento crítico, de raciocínio clínico e de reflexão sobre as práticas e sobre a sua própria prática na orientação de estudantes de Enfermagem.

Tabari-Khomeiran et al. (2007) realizaram uma investigação, utilizando a teoria fundamentada nos dados, sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Os autores referem que a experiência concede uma oportunidade para correlacionar a

teoria e a prática, e mencionam ainda a observação e a escuta das experiências de outros enfermeiros como influenciadoras no desenvolvimento de competências. O aprimorar do seu desempenho ocorre pelo confronto com novas situações, que lhes permite identificar aspectos a melhorar, pontos fortes e refletir sobre a sua prática.

Se transferirmos estes conceitos para o desenvolvimento de competências na orientação de estudantes de Enfermagem, percebemos que, com a repetição da experiência de orientação de estudantes, o enfermeiro terá oportunidades sucessivas de transpor os seus conhecimentos teóricos relacionados com a orientação de estudantes para a sua prática de orientação de estudantes. O enfermeiro tende a aperfeiçoar o seu desempenho como orientador através da repetição da experiência de orientar estudantes, e pelo confronto com situações novas e desafiadoras na orientação de estudantes. Neste confronto com cada nova situação, o orientador recorre à reflexão para progredir no seu desempenho como orientador. Cada nova situação de orientação desafia as competências do enfermeiro orientador, possibilitando o reconhecimento das suas limitações e pontos fortes, e a reflexão sobre o seu desempenho enquanto orientador.

Tabari-Khomeiran et al. (2007) acrescentam ainda as oportunidades como um dos fatores que influencia o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Os autores consideram as situações inesperadas como benéficas para o desenvolvimento de competências se o enfermeiro souber transpô-las para situações de aprendizagem.

Uma consideração interessante foi referida por *Alderamim* quando verbaliza que a “[...] a orientação acho que tem de ser guiada. Seja uma coorientação, ou seja, uma orientação supervisionada.” considerando a coorientação na sua primeira experiência como “[...] um aspeto muito positivo para mim... conseguia realmente falar com essa pessoa, e essa pessoa me orientar [...]”, que permitiu que “[...] entre duas pessoas trocar-se realmente conhecimentos, e ela guiar a minha ação.”.

*Alderamim*, ao abordar a sua primeira experiência de orientação de estudantes, valoriza a supervisão dada por uma enfermeira com experiência, como forma de partilha de conhecimento e de acompanhamento da sua prática como enfermeiro orientador. Num estudo realizado por Ferreira et al. (2018), os autores referem que os enfermeiros orientadores solicitaram orientação antes de iniciarem a orientação dos estudantes e identificaram áreas que necessitavam de desenvolver, nomeadamente a aquisição de conhecimentos didáticos e pedagógicos (Amaral & Figueiredo, 2021a). Também

Amaral e Deodato (2015), numa revisão integrativa da literatura realizada, realçam aspetos relacionados com a necessidade de formação dos enfermeiros orientadores, nomeadamente a formação sobre conteúdos teóricos do CLE, práticas pedagógicas e reflexivas, preparação do ensino clínico e ainda a necessidade de treino de competências para a orientação de estudantes.

A literatura recomenda que a formação e treino dos enfermeiros orientadores englobe: conhecimento sobre aprendizagem de adultos (Gleeson, 2008; Jeggels et al., 2014); estratégias de ensino em ensino clínico (Gleeson, 2008; Ribeiro & Prado, 2013; Jeggels et al., 2014), estratégias de avaliação (Gleeson, 2008), motivação para os outros a aprender (Jeggels et al., 2014) e atitudes positivas em relação aos estudantes (Jeggels et al., 2014) de forma a promover um bom ambiente de aprendizagem clínica (Gleeson, 2008). Cant et al. (2021) sugerem ainda que a preparação dos enfermeiros orientadores inclua o incentivo ao acolhimento e à criação de uma cultura de aprendizagem positiva, considerando as relações entre a equipa, os recursos e a prática baseada na evidência.

Vários autores referem que nem sempre os enfermeiros orientadores dos contextos possuem a preparação necessária para suportar a aprendizagem dos estudantes (Hanson et al., 2018; Lee et al., 2018; Lima et al., 2020). Neste sentido, Loughran e Koharchik (2019) recomendam que os enfermeiros orientadores devem aproveitar as oportunidades para participar em programas educacionais com vista ao seu desenvolvimento de competências, que devem incluir tópicos como a comunicação, a segurança, o pensamento crítico, o raciocínio clínico, o estabelecimento de prioridades e o feedback construtivo. Os autores referem ainda que uma abordagem combinada, com treino prático a complementar os programas educacionais, é a estratégia mais adequada.

Wu et al. (2017) concordam que deve haver uma supervisão da relação orientador/estudante, nomeadamente a nível de aspetos pedagógicos, avaliação de estratégias de orientação utilizadas, e promoção de discussões sobre a prática clínica e de âmbito pedagógico. Os autores acrescentam que esta supervisão promove o crescimento profissional do enfermeiro. Vários autores apontam que esta supervisão deverá ser realizada pelo professor da instituição de ensino (Happell, 2009; Wu et al., 2016; Arantes et al., 2018).

Também Tabari-Khomeiren et al. (2007) realçam a necessidade de um supervisor que suporte os enfermeiros, acrescentando que este supervisor é fundamental no

fornecimento de feedback, aumentado a autoestima dos enfermeiros e o seu desempenho. Este mediador, como lhe chamaram Beber et al. (2014), em determinadas situações, pode estimular a metacognição do enfermeiro orientador, proporcionar mecanismos de interação e incentivar a reflexão e o autoconhecimento.

Dos participantes que já tiveram experiência como enfermeiros orientadores emerge a continuidade do processo no desenvolvimento de competências. *Alya* refere que “[...] na primeira vez... acabei por ir muito ao que nós fazemos quando integramos uma colega... lembro-me na altura de pensar devia ter puxado mas por ela em termos de questionar... dava por mim já estava a dar a resposta... Essa parte de tentar fazê-los pensar melhorou.”. Paton (2010), Ribeiro e Prado (2013) e Mamhidira et al (2014) referem que o enfermeiro orientador deve incentivar, motivar e desafiar os estudantes na pesquisa de conhecimento, na prática do pensamento crítico, na resolução de problemas e na reflexão sobre as práticas. *Alya* acrescenta que “[...] na segunda senti que já melhorei. Eu lembro-me... quando começava a pensar será que ela consegue depois pôr isto nesta situação e consegue dar a volta? Então não é fácil depois fazer esse jogo. Antes de os soltar é o validar.”.

Ainda *Lucida* menciona que os estudantes “[...] não sabiam muito bem o que é que haveriam de fazer e eu ao tentar orientá-los ia tentar fazer por cima deles... depois não...eu vou tentar é orientá-los para serem eles a fazer [...]”. Happell (2009) menciona que os estudantes enaltecem a capacidade do enfermeiro de identificar as suas limitações a nível da teoria. Neste sentido, *Lucida*, nas orientações seguintes, já utilizou “[...] uma estratégia mais diferente. Não ser eu a fazer logo, ver o que é que o aluno sabia primeiro e depois então orientá-lo nesse sentido.”, tentando estimular o pensamento crítico e pedindo ao estudante para ver “[...] primeiro o doente e tentar perceber a relação entre o que estás a fazer em termos de medicação, em termos de cuidados [...]”. Vários autores enfatizam que o enfermeiro orientador deve estar atento às necessidades dos estudantes, às suas competências e motivações, tentando identificar as suas dificuldades para assegurar momentos de aprendizagem, auxiliando na aplicação de conhecimentos teóricos à prática clínica, e incitando à autoaprendizagem (Garrido et al., 2008; Paton, 2010; Omer et al., 2013; Jeggels et al., 2014; Hill & Melender, 2015; Ferreira et al., 2018).

Também *Ksora* se refere à evolução deste percurso quando refere que “[...] *acho que desenvolvi, porque há coisas que no início eu nem me lembrava de perguntar e se calhar agora já me lembro de perguntar.*”. *Ksora* valoriza o seu desenvolvimento de competências na orientação de estudantes, ainda que de uma forma pouco específica.

Múltiplos aspetos têm sido considerados por vários autores como fundamentais na orientação de estudantes e por isso consideramos importantes neste processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador: Zuriguel-Pérez et al. (2019) valorizam a capacidade de pensamento crítico e de raciocínio clínico que o enfermeiro deve possuir; Lillekroken (2019) enfoca o incentivo no desenvolvimento do pensamento crítico e na promoção de ambientes propícios para esse desenvolvimento; Ferreira et al. (2018) salientam também a importância da reflexão sobre as práticas e as condições nos contextos para que tal aconteça; Núñez et al. (2017) salientam a função facilitadora do orientador no desenvolvimento de competências técnicas e do pensamento crítico, a promoção da reflexão, a importância do feedback ao estudante e a sua competência enquanto avaliador; Jeggels et al. (2014), Hill e Melender (2015), e Farooq et al. (2015) enfatizam a função dos orientadores na estimulação do pensamento e julgamento críticos, na resolução de problemas e no fornecimento de feedback aos estudantes; Mamhidira et al. (2014) valoriza o confronto com o estudante como forma de promover a reflexão crítica sobre as práticas, estimulando o pensamento e raciocínios clínicos, e a capacidade de resolução de problemas; Ribeiro e Prado (2013) enfocam na promoção de condições nos contextos de ensino clínico para criar um cenário rico em aprendizagens e promotor da reflexão crítica; Patton (2010) realça a promoção do raciocínio clínico e a importância da avaliação do estudante, que implica a avaliação de conhecimentos e de competências. Para o processo de avaliação o orientador deve adquirir competências práticas e possuir experiência em ensino; Happell (2009) aborda a compreensão por parte do enfermeiro do nível de desenvolvimento dos estudantes por forma a conseguir atender às suas necessidades e a análise do nível de conhecimentos do estudante; Garrido et al. (2008) também enfatiza o confronto com o estudante e a reflexão contínua sobre as práticas orientadas para o desenvolvimento pessoal, profissional e social do estudante, enaltecendo também o processo de avaliação como estratégia promotora de reflexão.

Considerando o referencial de Le Boterf (2003) sobre o *saber* e o *saber-fazer*, consideramos que a experiência na orientação de estudantes implica a mobilização de: *saber teórico*, que possibilite ao enfermeiro compreender a situação do estudante, apresentando e clarificando as experiências práticas vivenciadas; *saber associado aos procedimentos*, de forma a saber como atuar numa determinada situação com o estudante, seguindo as orientações e diretrizes existentes; *saber-fazer formalizado*, que se manifesta pelo domínio da aplicação prática do *saber* de forma a contribuir para a aprendizagem do estudante; *saber-fazer empírico*, adquirido pela repetição da experiência na orientação de estudantes; e *saber-fazer cognitivo*, que permita a resolução problemas relacionados com o estudante e a consequente tomada de decisão (Le Boterf, 2003; Amaral & Figueiredo, 2021a).

Ainda Hill e Melender (2015) indica que a organização de formação pedagógica adicional é uma estratégia para capacitar e consolidar o conhecimento dos enfermeiros orientadores. O conhecimento das particularidades relacionadas com a orientação pedagógica dos estudantes de Enfermagem encaminha-nos para os conceitos de *saber teórico* e de *saber associado a procedimentos* referenciados por Le Boterf (2003) (Amaral & Figueiredo, 2021a). Amaral e Deodato (2015) valorizam a aquisição de conhecimentos e de competências relativas a estratégias de orientação a utilizar em ensino clínico de estudantes de Enfermagem como uma forma de incrementar o desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem.

A importância da reflexão e fundamentação na orientação é evidenciada por Nashira quando refere que “[...] nós quando temos um aluno não podemos cair na rotinização, tens de saber fundamentar, era aquilo que eu estava a dizer, uma pessoa até já pode estar muito batida, que não estou, porque estou no serviço há relativamente pouco tempo, mas mesmo quem já está muito batido, as vezes já não se lembra do que estava para trás e do que fundamenta as nossas atitudes.”, e por Nash quando se reporta a que o estudante deva ser “[...] tecnicamente e teoricamente tem de ser competente. Se não sabe fazer ou se tem alguma dúvida não é mal nenhum. Eu próprio já tenho aprendido com os outros colegas e alunos certas coisas, certas inovações. Não há que ter vergonha de dizer, olha nunca me deparei com esta situação, não estou desperto para isto. E é colaborar uns com os outros na aprendizagem. Isto é sempre um processo continuo.”.

O *saber-fazer cognitivo* é evidenciado nos discursos de *Nashira* e de *Nash*, pois, para além das competências técnico-científicas evidenciadas, os enfermeiros orientadores têm de ter capacidade de fundamentar e de pesquisar, num processo contínuo de aprendizagem mútua.

No desenvolvimento de competências de orientação, está subjacente no discurso dos entrevistados a capacidade de refletir sobre a sua prática enquanto orientadores e sobre o seu processo de aprendizagem. Simões et al. (2008) enfatizam que os enfermeiros orientadores têm de ter a capacidade de se auto-supervisionar, necessitando por isso de desenvolver a sua capacidade de autoaprendizagem, autorreflexão e auto-avaliação. Beber et al. (2014) valorizam a metacognição como forma de aquisição do conhecimento, mas principalmente como forma de desenvolvimento de competências, considerando o perfil intelectual e as necessidades de formação da pessoa.

A análise das práticas enquanto orientador também está implícita no discurso dos participantes. Ribeiro e Prado (2013) referem que o enfermeiro orientador necessita de repensar a sua prática, a sua comunicação, a forma como partilha a informação. A experiência profissional, neste caso na área de orientação de estudantes, também influencia o pensamento crítico do enfermeiro (Zuriguél-Pérez et al., 2018).

Relativamente à experiência profissional na gestão, nomeadamente a chefia de equipa, esta permite, segundo *Regor*, que haja reconhecimento “[...] *pelos teus pares para ajudares a resolver e a tomar decisões. Se um aluno está ao teu lado e vê isto, inconscientemente tu passas a ser um modelo. Se és um modelo para a tua equipa, se és um modelo no serviço... és modelo entre aspas não é... se te consideram e tens o teu espaço, a tua forma de agir, a tua forma de atuar, e se és solicitado para ajuda, para resolver, para decidir, tu tens um aluno ao teu lado e instintivamente ele vai estar a assimilar, vai... não é... valorar mais aquilo que tu lhe estas a transmitir.*”.

A comunicação e colaboração com a equipa multidisciplinar e a presença de modelos de atuação contribuem para o processo de socialização e para a construção da identidade profissional, pelo aumento a autoconfiança e do reconhecimento (Zarshenas et al., 2014). Os profissionais que são identificados como modelos auxiliam na compreensão das funções de trabalho e na identidade profissional, pela transferência de conhecimentos teóricos para a prática e pela forma como prestam cuidados aos utentes. Os estudantes e os enfermeiros iniciados precisam de ter modelos positivos ao longo

dos seus percursos para compreender as características da profissão (Zarshenas et al., 2014). No estudo realizado por Hunter e Cook (2018), os enfermeiros iniciados dependem do julgamento dos pares experientes, sendo para eles difícil determinar quais os melhores modelos a seguir, pelas contradições aos valores profissionais e pelas restrições organizacionais. Neste estudo foi também reconhecido o poder do trabalho em equipa.

Os modelos profissionais são identificados como os profissionais que influenciam os pares, pelo seu modo de agir e pelas características pessoais e profissionais relacionadas com a profissão, passíveis de serem imitados pelos pares (Felstead & Springett, 2016; Lima et al., 2020). A manifestação de valores pelos modelos profissionais da prática é estimulante para o desenvolvimento dessas características nos estudantes (Shafakhah et al., 2016; Lima et al., 2020). Martínez-Linares et al. (2019) enfatizam que as competências de gestão e de organização de trabalho impulsionam um comportamento semelhante nos estudantes. A imitação é um mecanismo que assume grande importância nas transformações da personalidade de um indivíduo, pois permite que a aprendizagem ocorra em colaboração com o outro, promovendo o seu desenvolvimento e transições (Lima et al., 2020).

A socialização profissional ocorre através de encontros com o profissional modelo, alguns desejáveis outros indesejáveis, sendo que ambos contribuem para o processo de socialização (Hunter & Cook, 2018).

Também *Alya* refere que “[...] acho que ganhei muito...porque a chefe delega-nos muitas funções de gestão então eu senti que aqui, o contexto atual deu-me ainda mais competências em termos de liderança e tive de mudar um pouco a minha personalidade. Sempre tive algum jeito para a gestão de conflitos... mas sinto que desde que comecei a assumir os turnos é totalmente diferente.”. *Alya* teve uma experiência de gestão da área de Enfermagem numa clínica e refere que conseguiu “[...] ganhar mais capacidade de organização e de liderança, porque eu fui para supervisionar e para gerir a nossa parte de Enfermagem em termos de clínica, e apesar de nós termos alguma experiência enquanto chefes de equipa, mas ali era uma coisa muito mais abrangente e mais geral, então deu-me mais essa capacidade.” e que, ao lidar “[...] com vários tipos de pessoas, auxiliares, técnicos de limpeza, dos exames, médicos, tudo, tudo cai sobre nós... isso também nos desenvolve em termos de competências de

*liderança e de capacidade de resolução de problemas, e isso ajuda muito com os alunos, o que eles têm mais é problemas.”.*

*Regor e Alya* foram dois dos entrevistados que abordaram a experiência em gestão como importante no seu desenvolvimento de competências enquanto orientadores de estudantes de Enfermagem. Martínez-Linares et al. (2019) valorizam a capacidade de organização de trabalho e de gestão de cuidados como pontos fortes num enfermeiro orientador.

Os entrevistados referem que a experiência como enfermeiros chefes de equipa e a experiência de gestão de unidades de saúde permitiu o desenvolvimento de competências de liderança, de gestão de conflitos, e de resolução de problemas e tomada de decisão. A importância de modelos profissionais positivos permite a compreensão das características e do trabalho da profissão de Enfermagem. O profissional “modelo” destaca-se pelas suas características pessoais e pelo seu modo de agir, contribuindo para os processos de socialização e de construção da identidade profissional.

A subcategoria **Equipa de Enfermagem** foi referenciada por todos os participantes, e reporta-se a aspetos relacionados com a equipa de Enfermagem, nomeadamente o acolhimento no serviço, o relacionamento entre os profissionais, a disponibilidade para a orientação de estudantes e o suporte dos pares na orientação.

Relativamente ao acolhimento, *Bellatrix* recorda que “[...] *senti-me muito bem acolhida neste serviço, que sempre teve um ambiente muito bom, muito facilitador, mas também algo competitivo.*” e *Talitha* ao lembrar quando viu chegar grupos de estudantes ao serviço afirma que “[...] *a postura deles... a receção, a disponibilidade que eles mostram, o empenho [...]*” reforçando “[...] *a postura recetiva que eles têm, e o gosto que têm por ensinar. Nota-se que estão a fazer isso com gosto.*”.

No estudo realizado por Hunter e Cook (2018), os enfermeiros iniciados referem que o suporte dos pares mais experientes foi imprescindível para aumentar a sua confiança e as competências comunicacionais.

*Rana* valoriza por outro lado “[...] *a minha equipa e o início da minha integração [...]*” referindo que “[...] *éramos uma equipa muito coesa [...]*” e reforçando a função da “[...] *chefe de equipa e que também transmitiu muito isso, de trabalharmos em equipa da*

*mesma maneira, de refletirmos, não sermos executores, sabermos aquilo que estamos a fazer.”.*

Os enfermeiros iniciados referem que a coragem e o suporte contínuo dos pares é fundamental para eles assumirem o seu mais alto nível de responsabilidade, considerando os princípios que sustentam a sua prática profissional: empatia; cuidado e respeito; atitude positiva; e enfoque no utente. Um suporte inadequado é uma forma de sabotagem profissional e tem impacto sobre os valores dos novos enfermeiros (Maben et al., 2006) e na omissão dos recursos de uma boa prática clínica. Estes enfermeiros valorizam os pares experientes, com atitudes e comportamentos adequados.

Outro aspeto nesta subcategoria é o relacionamento entre os profissionais onde encontramos aspetos relativos ao ambiente, como refere *Bellatrix* valorizando o “[...] ambiente relativamente próximo entre os profissionais, e de alguma liberdade e de expressão [...]” e também *Lucida* quando afirma que trabalha numa equipa em que “[...] podemos falar de tudo, estar todas muito a vontade e alguma dúvida perguntamos umas as outras [...]” valorizando que “[...]o facto de eu ter a equipa de backup por trás também para poder orientar alguma coisa que eu não saiba no momento também me ajuda.”.

*Bellatrix* e *Lucida* valorizam relações de proximidade entre a equipa que permitem sentir liberdade para se expressarem ou questionarem. Hunter e Cook (2018), para além de valorizarem o suporte de pares no crescimento da confiança e no desenvolvimento das competências de comunicação dos enfermeiros iniciados, referem que estes associaram o défice de comunicação da equipa de Enfermagem a traços de personalidade inerentes a cada profissional. Zarshenas et al. (2014) reconhecem que discussões informais em contexto de trabalho e as atitudes e os comportamentos dos profissionais contribuem para a aceitação de funções e influenciam a visão sobre a profissão.

Cant et al. (2021), na sequência de uma RSL que elaboraram com o objetivo de identificar as perceções dos estudantes sobre a qualidade dos seus contextos de ensino clínico, sugerem que a aprendizagem neste contexto pode não depender apenas das oportunidades de aprendizagem disponíveis, mas sim da colaboração dos enfermeiros orientadores na promoção de um ambiente propício à aprendizagem. Este ambiente deve ser positivo, tranquilo, agradável e seguro de forma a maximizar as experiências em

ensino clínico, proporcionado um sentimento de integração do estudante e permitindo o desenvolvimento da autonomia, da responsabilização pela aprendizagem e do raciocínio clínico (Pires et al., 2020; Borrallo-Riego et al., 2021).

*Nash* refere ainda que “[...] já trabalhei em muitas equipas e a equipa, os elementos da equipa também influenciam muito. Já tive pessoas excelentes... a dinâmica que se cria na própria equipa, e isso motiva-nos, a mim pessoalmente e aos outros também [...]”.

Numa investigação realizada por Nuto et al. (2017), com o objetivo de avaliar a disponibilidade para aprendizagens interprofissionais de estudantes do Ensino Superior de diferentes áreas da saúde, os autores constataram que os participantes se mostraram muito disponíveis para a educação interprofissional, principalmente se o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa for iniciado no início do seu percurso académico e permanecer até ao término do curso. A educação interprofissional refere-se ao desenvolvimento de uma aprendizagem e um treino partilhado entre duas ou mais profissões, e tem sido considerada uma metodologia importante para o desenvolvimento de competências gerais (respeito pelas outras profissões, planeamento conjunto, capacidade de tolerância e negociação) e de trabalho em equipa (Nuto et al., 2017).

Verificamos que as competências de trabalho em equipa, valorizadas nos discursos dos nossos participantes, devem ser fomentadas desde o início do seu percurso académico. Isto para que, enquanto profissionais, as continuem a desenvolver e estejam sensíveis e envolvidos no acolhimento à equipa e na promoção de um ambiente adequado ao funcionamento da mesma, que inclua o suporte dos pares, também no processo de orientação de estudantes de Enfermagem.

A disponibilidade para a orientação é outro aspeto que encontramos na subcategoria Equipa de Enfermagem. *Electra* refere que no seu serviço “[...] como eu há mais enfermeiros disponíveis para serem orientadores. E o serviço está habituado a receber alunos [...]”, enquanto *Bellatrix* assume que apesar das “[...] características da própria equipa, e a abertura, porque apesar dos momentos de grande fadiga... há sempre alguma disponibilidade por parte dos enfermeiros não é, às vezes menos, é mais difícil encontrar orientadores.”. *Bellatrix* refere ainda que “[...] apesar de todas as dificuldades, falta de pessoal, às vezes até se coloca essa hipótese, de reduzir os ensinamentos

*clínicos para os estudantes, porque exige uma disponibilidade diferente das pessoas, que as vezes estão sobrecarregadas [...]”.*

Por outro lado, *Homan* refere não sentir disponibilidade nos enfermeiros para a orientação de estudantes quando afirma que “[...] *alguns ficam com os alunos porque acaba por ser a chefe que dita... Mas não há uma motivação de dizer eu quero ficar com alunos, você dê-me um aluno, porque eu gostava mesmo de ficar, de ter um aluno. Não vejo isso muito por parte da equipa.*”.

*Nashira*, referindo-se à gestão de tempo e de trabalho no seu serviço, durante o turno, quando está a orientar estudantes, menciona que “[...] *muitas vezes seja difícil ter a disponibilidade necessária para um aluno, principalmente um aluno do 2.º ano, ou um aluno numa fase inicial... estamos a falar de dois serviços com cargas de trabalho elevadas ... e as manhãs às vezes são um pequeno inferno, e isso acaba por dificultar a disponibilidade [...]*”.

Já *Rana*, referindo-se a uma unidade de cuidados intermédios, refere que “[...] *se calhar a disponibilidade que às vezes temos aqui, porque apesar de ser intermédios é um rácio bom em termos de enfermeiros... aqui a disponibilidade de tempo pode ser uma boa característica.*”.

A disponibilidade da equipa para a orientação de estudantes de Enfermagem foi manifestada de diferentes formas. Nas unidades C e D, *Bellatrix* e *Electra* verbalizaram uma postura de disponibilidade por parte da equipa. Na unidade A e B, *Homan* não considera a equipa disponível para a função, apesar de o fazer por imposição da chefia do serviço. Na unidade B, contexto mais específico, *Rana* verifica, para além da disponibilidade da equipa para a orientação de estudantes, existir disponibilidade em termos de tempo para orientar os estudantes. Contrariamente, nas unidades C e D, apesar da equipa estar disponível, *Nashira* refere que a orientação de estudantes é dificultada pela disponibilidade de tempo necessária para orientar os orientar.

Para Finkler et al. (2019), o interesse e a disponibilidade da equipa de Enfermagem são aspetos que facilitam a orientação de estudantes de Enfermagem.

Por outro lado, Tabari-Khomeiran et al. (2007) mencionam a carga de trabalho, as expectativas, a imagem profissional e o conceito de valor do trabalho para o enfermeiro

como aspetos que afetam a motivação e a proatividade de enfermeiro no seu processo de desenvolvimento de competências.

O último aspeto referenciado nesta subcategoria é o suporte dado pelos pares no início e durante a orientação de estudantes. *Talitha*, que ainda não iniciou as suas funções como orientadora de estudantes, refere que no seu serviço “[...] *temos uma equipa que já está habituada e pronta a receber este tipo de alunos... e acaba por ser facilitador para alguém que vá iniciar ser enfermeiro orientador [...]*”, valorizando “[...] *os próprios colegas, mesmo a chefia não é, ajuda neste sentido [...]*”.

*Lucida*, que iniciou o seu percurso como orientadora há pouco tempo, menciona que “[...] *o facto de eu ter a equipa de backup por trás também para poder orientar alguma coisa que eu não saiba no momento também me ajuda.*”, reforçando que “[...] *numa situação a gente vá falando uma com a outra e tentar perceber. E se fosse acontecer isto assim, ou outro assunto, como é que te orientavas, o que é que achaste, fiz bem, não fiz... e essa parte é boa!*”.

A valorização dos pares para o desenvolvimento de competência é realçada na investigação realizada por Tabari-Khomeiran et al. (2007), especialmente no suporte da equipa, no trabalho em equipa, na confiança, respeito e valorização profissional.

*Ksora* relata uma experiência de orientação de estudantes em que partilhou a orientação referindo que “[...] *foi essencial ter uma segunda opinião, porque eu sozinha estar a decidir que aquela pessoa não ia continuar este estágio que se calhar é importantíssimo na vida dela, para terminar agora não é [...]*”.

A presença dos pares para o esclarecimento de dúvidas e auxílio na resolução de problemas foi evidenciada na investigação realizada por MacLaren (2018), onde a mesma reforçou ainda que relações muito fortes e recíprocas entre enfermeiros ajudaram na resolução de problemas e de situações relacionados com estudantes de Enfermagem.

Também *Alya* verbalizou a necessidade de “[...] *perguntar muitas vezes ... achas que isto está a ser bom? Achas que estou a fazer bem?*”, valorizando que “[...] *enquanto equipa, eu acho que foi muito facilitador... porque me senti muito mais acompanhada e tinha esta facilidade de perguntar a um colega... acho que foi o ideal para começar.*” e

reforçando ainda que “[...] *se não fossem eles isto não era muito fácil... estamos sempre a aprender uns com os outros... eu via como é que ele fazia [...]*”.

MacLaren (2018) verificou na sua investigação que equipas de Enfermagem mais amplas estão melhor posicionadas, para fornecer apoio e supervisão aos enfermeiros orientadores. A autora valoriza redes de suporte caracterizadas por relações fortes, inspiradoras, que manifestam investimento no seu crescimento profissional e que assumem funções de apoio e de suporte. Uma boa capacidade de comunicação é fundamental para o estabelecimento de competências relacionais (Jeggels et al., 2014).

Lethale et al. (2019) reconhecem que boas relações interpessoais e interprofissionais no contexto de trabalho influenciam de forma positiva e eficaz a orientação de estudantes de Enfermagem. Este aspeto é também reconhecido pelos enfermeiros chefes dos contextos.

Os enfermeiros iniciados observam no contexto de trabalho atitudes, comportamentos, habilidades, tomadas de decisão e recebem feedback dos pares, que transpõem para a sua prática, nos seus comportamentos e habilidades (Hunter & Cook, 2018).

Mink et al. (2019), numa perspetiva diferente, mas de certa forma complementar, constataram que a inserção numa equipa multiprofissional, promove o desenvolvimento de competências de colaboração, que incluem competências comunicacionais, participação em processos de tomada de decisão e esclarecimento de funções profissionais.

Em contexto hospitalar os enfermeiros estão inseridos em equipas multiprofissionais, e, segundo a perspetiva de Mink et al. (2019), eles desenvolveram competências comunicacionais que utilizaram nas relações que estabelecem com os pares em contexto de trabalho.

A subcategoria **Gestão do Serviço**, foi sustentada por treze participantes e engloba aspetos inerentes ao serviço que demonstram a sua cultura formativa, a sua liderança e a forma como operacionalizaram os ensinamentos clínicos.

Relativamente à cultura formativa do serviço é dado enfoque por *Alderamim* ao facto de ser “[...] *um serviço de excelência [...]*” com “[...] *uma avaliação da ordem, que nos mete no top trinta [...]*” e que recebe “[...] *anualmente muitos estudantes [...]*” e por isso “[...] *é um serviço... que tem no seu fundo uma boa... cultura a nível de orientação de*

*estudantes. Acaba por haver uma própria adaptação ao facto de termos estudantes cá no serviço.”. Ksora, que trabalha noutra serviço do mesmo departamento, refere também que “[...] desde que eu vim para aqui, vi alunos no serviço, de vários anos, por isso é um serviço que está muito aberto a receber estudantes... sempre vi alunos aqui... enquanto eu me estava a integrar já havia alunos. Quem me estava a integrar também já teve alunos, foi tudo assim.”.*

Relativamente a outro serviço de outro departamento, *Bellatrix* considera que é “[...] um serviço de referência em termos de desenvolvimento de ensinamentos clínicos de Enfermagem [...]” sendo até considerado “[...] como se fosse um serviço escola [...]”, como reafirma *Bellatrix* valorizando a “[...] história da orientação desde sempre. Eu acho que toda a gente que trabalha aqui não tem outra visão, que não seja, ter contacto regular com estudantes.”, e acrescentando que “[...] sempre encontrei os grupos de estudantes da nossa escola, os dez, da Enfermagem do 2.º ano, e 3.º e 4.º.”. Também *Electra*, enfermeira no mesmo serviço, verbaliza que o serviço “[...] está habituado a receber alunos [...]” e acrescenta o compromisso da chefia do serviço, pois “[...] se o chefe não estiver disponível para isso nós não... tem de ser o chefe primeiro a aceitar [...]”.

A ênfase nos aspetos relacionados com a cultura formativa do serviço é evidenciada nos discursos de *Alderamim* e *Ksora* que exercem funções nas unidades A e B, respetivamente, e nos de *Bellatrix* e *Electra*, que trabalham nas unidades C e D. Os aspetos referenciados pelos entrevistados referem-se a serem unidades que têm um historial de receber estudantes desde sempre, onde os enfermeiros recém-chegados começam logo a ter contacto com grupos de estudantes de Enfermagem e também o facto de serem considerados serviços de excelência e de referência na orientação de estudantes.

Hegenbarth et al. (2015) e Wu et al. (2017) enfatizam que a criação de uma cultura de aprendizagem positiva nos contextos de prática clínica é uma das funções dos enfermeiros chefes. Também Lethale et al. (2019) concordam que cabe aos enfermeiros chefes a conceção de circunstâncias promotoras de uma cultura positiva e de relações interpessoais na equipa que influenciem a aprendizagem dos estudantes.

Tabari-Khomeiran et al. (2007), na sua investigação sobre o desenvolvimento de competências do enfermeiro, referem que o ambiente é um dos fatores que influencia o desenvolvimento de competências, quer no âmbito físico, quer no emocional. Os

autores mencionam aspetos como a cultura de ensino do hospital, a valorização profissional, a especificidade do serviço e os aspetos tecnológicos, o trabalho em equipa, o suporte, a confiança e o respeito, a motivação e a atualização de conhecimentos. Os mesmos autores acrescentam que trabalhar num ambiente onde prevaleça o respeito mútuo, o trabalho de equipa, o suporte e a confiança, com valorização e motivação da equipa e relações de apoio sustentadas, pode aumentar a satisfação dos enfermeiros e a necessidade de auto-atualização.

Existem ainda aspetos que foram referenciados relativamente à cultura formativa do serviço para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. *Bellatrix* valoriza a “[...] *questão da competitividade* [...]” do serviço, que lhe levou à “[...] *procura de conhecimento prematuro* [...]”, ou seja “[...] *chegando aqui eu fui confrontada, eu já gostava não é, mas fui confrontada com a necessidade de estudar mais, de saber mais, de saber muito mais, e fazer algum investimento nesse sentido.*”. Também *Ksora* valoriza “[...] *uma influência de estudo e de procura e de desenvolver projetos aqui no serviço* [...]” que “[...] *acaba por influenciar também a orientação* [...]”. *Alderamim* refere mesmo que “[...] *o facto de termos estudantes significa que as pessoas têm de estar atualizadas a nível de conhecimentos, o estudante é uma coisa muito boa.*”.

A necessidade de estudo, o desenvolvimento de projetos no serviço e a presença de estudantes foram aspetos referenciados por *Bellatrix*, *Ksora* e *Alderamim*, que segundo os mesmos incentivaram o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

Zuriguél-Pérez et al. (2019) mencionam que a liderança na gestão de Enfermagem é fundamental para a criação de uma ambiente ideal para alcançar melhoria na qualidade dos cuidados do serviço e para o envolvimento dos enfermeiros em atividades de ensino e de orientação de enfermeiros. O conhecimento do contexto de trabalho pelo enfermeiro orientador ajuda o estudante a situar-se no contexto e a refletir sobre as situações vivenciadas, pelos seus saberes e competências nessa área (Ferreira et al., 2018). Lima et al. (2020) referem que as condições para o exercício profissional e as condições onde ocorre a formação inicial, traduzidas no plano curricular do CLE, também influenciam a construção da identidade profissional dos estudantes de Enfermagem. Os estudantes referem que a forma como está estruturada a formação, poderá criar obstáculos ao desenvolvimento profissional, nomeadamente o pouco tempo

em ensino clínico, a presença do professor no local de ensino clínico e o ensino clínico de observação.

Outro aspeto referenciado na subcategoria gestão do serviço foi a liderança. Relativamente às unidades C e D destacamos *Bellatrix* que refere que “[...] *esta característica do apoio à orientação e ao desenvolvimento... como o apoio ao desenvolvimento profissional e o estímulo ao desenvolvimento académico... acho que se verifica aqui neste serviço.*”. Também *Regor* valoriza a “[...] *chefe foi um modelo. Vou-lhe agradecer para a vida toda.*”, enfatizando que “[...] *este incutir de responsabilidade, de gerir mais coisas além do que só unicamente os cuidados fez-nos crescer bastante. Muito! Muito mesmo!*”. Por outro lado, *Nashira* sentiu “[...] *alguma imposição dos serviços, porque a ideia que tenho quando tive a primeira aluna foi que verbalizei que não me sentia preparada para, e há sempre alguma pressão para que isso aconteça, e isso acaba por gerar também insegurança no orientador.*” e *Electra* constatou que “[...] *é a chefe que impõe, sem querer impor não é, mas se o chefe não estiver disponível para isso nós não [...]*”.

As opiniões dos entrevistados relativamente à liderança são divergentes. Por um lado, *Bellatrix* e *Regor* valorizam a chefia do serviço no apoio ao desenvolvimento profissional, por outro lado, *Nashira* e *Electra* sentiram alguma imposição e pressão para iniciarem o seu desenvolvimento profissional enquanto enfermeiras orientadoras.

Relativamente às unidades A e B, *Alderamim* valoriza a “[...] *enfermeira chefe muito ponderada, e que nos permite realmente ter tempo para fazer orientação.*” e *Alya* enfatiza que a enfermeira chefe “[...] *partilha muito a gestão connosco. E tinha mesmo de ser porque ela tinha tantos serviços ao encargo [...]*”, verbalizando ainda acerca da enfermeira chefe que “[...] *é chefe exigiu temos de fazer não é. Às vezes há aqui um bocadinho de revolta, pelo menos eu noto mais agora no último ano.*”. Ainda *Homan* assume que “[...] *a enfermeira chefe impulsiona umas vezes por entusiasmo, outras vezes porque ela é a nossa superiora hierárquica, e quando ela dita, a gente obedece.*”.

*Alderamim*, *Alya* e *Homan* valorizam na liderança do serviço as características da chefia, a partilha na gestão do serviço, apesar de com algum grau de exigência e de hierarquia.

*Rana* valoriza a liderança do chefe de equipa de Enfermagem quando menciona que “[...] *tive uma chefe de equipa na altura, que é a melhor enfermeira que eu conheço, e que puxou, que trouxe ao de cima o melhor de mim.*” e fez-me “[...] *olhar para as*

*coisas... refletir... trabalharmos em equipa da mesma maneira, de refletirmos, não sermos executores, sabermos aquilo que estamos a fazer.”. Também Alya reconhece que teve “[...] um chefe de equipa que adorei e que vai sempre me marcar... aprendi muito com ele.”. Refere ainda que “[...] ele primeiro esperava que nós fôssemos interessados e então aí, és interessada então vá que eu vou te orientar, e ensinou-me muita coisa.”.*

Rana e Alya reconhecem, por outro lado, a liderança da chefia de equipa de Enfermagem, pela transmissão de conhecimentos e pela promoção do trabalho em equipa e da reflexão.

O suporte dado pela chefia do serviço no desenvolvimento de competências dos enfermeiros foi evidenciado na investigação realizada por Tabari-Khomeiran et al. (2007). Os mesmos autores mencionam que a postura da chefia influencia a motivação e a proatividade dos enfermeiros para desenvolverem as suas competências.

Rogan (2009) menciona que o desenvolvimento da equipa de Enfermagem, pela formação contínua, poderá assegurar a preparação adequada de enfermeiros orientadores. Os enfermeiros chefes assumem assim uma posição privilegiada na promoção do desenvolvimento do pensamento crítico nas equipas de Enfermagem e no seu propósito na prática clínica (Zuriguél-Pérez et al., 2019).

São referenciadas algumas características da liderança, nomeadamente *Homan* que, referindo-se à chefia, afirma que “[...] ela é muito dinâmica e muito proativa, e acaba por também, quase por osmose não é, transmitir-nos aquele entusiasmo e a gente acaba por ficar ali também associados por isso [...]” e Alya que refere que “[...] ela é a grande impulsionadora... consegue impulsionar toda a gente. Podemos andar exaustos e fartos e tudo, mas ela consegue, é mesmo a personalidade dela.”. Alya refere ainda que “[...] ela é muito exigente, o que é bom e mau... o que ela nos pede é façam quando tiverem tempo [...]”, mas também que “[...] ela acaba por nos dar reforços positivos, o que acho que é muito importante e muitas vezes falha em vários chefes... as pessoas esquecem-se muito do reforço positivo, e isso também é tão importante para manter as pessoas motivadas, faz com que eu queira fazer melhor na vez a seguir [...]”.

*Homan* e Alya identificam como características da chefia a proatividade, o dinamismo, o entusiasmo e a exigência.

Zuriguél-Pérez et al. (2018) mencionam que a liderança na gestão requer capacidades e competências específicas que são fundamentais para criar ambientes de trabalho que promovam o pensamento crítico, para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, para aumentar a satisfação da equipa de Enfermagem e os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Tabari-Khomeiran et al. (2007) reforçam que o comportamento da chefia afeta a motivação e a proatividade do enfermeiro para aumentar e desenvolver as suas competências.

Cant et al. (2021) referem na conclusão da sua RSL que o ambiente pedagógico no contexto de ensino clínico está relacionado com a relação de orientação entre enfermeiro orientador e estudante, com a liderança do enfermeiro chefe e com as condições físicas do contexto. Um trabalho de parceria entre estes atores permite aos estudantes o desenvolvimento dos seus objetivos de aprendizagem.

Outro aspeto referido dentro da subcategoria Gestão do Serviço, foi o que caracterizámos como a operacionalização dos ensinamentos clínicos.

*Bellatrix*, que exerce funções nas unidades C e D, referindo-se à escolha dos orientadores, menciona que “[...] *as pessoas são questionadas nesse sentido, têm liberdade para expor a sua disponibilidade ou indisponibilidade.*”. Nas unidades A e B emergem aspetos mais específicos. *Saiph* refere que “[...] *normalmente quem escolhe os orientadores é a enfermeira chefe [...]*”. *Alderamim* menciona que os “[...] *chefes de equipa, geralmente são também as pessoas responsáveis pela orientação, são as pessoas mais experientes.*” e que “[...] *quando não são chefes de equipa, são os segundos elementos, que são responsáveis também pela formação dos estudantes.*”. *Alderamim* refere ainda que “[...] *costumamos envolver claro, os outros elementos, são eles que nos vão suceder, mas é bom que eles comecem a desenvolver experiências.*”. Ainda *Rana* confirma que a enfermeira chefe “[...] *é mais resistente em dar a elementos mais novos... eu acho que tem a ver com ela, com a postura dela em relação à equipa.*”.

Percebemos então que nas unidades C e D é valorizada a disponibilidade do enfermeiro para assumir a função de orientação, enquanto nas unidades A e B a seleção é realizada pela chefia do serviço, sendo que os enfermeiros chefes de equipa e os segundos elementos são os preferenciais. É de relevar o envolvimento que estes elementos fazem

com os restantes elementos da equipa, numa perspetiva de integração à orientação e de início de desenvolvimento de competências de orientação.

Wu et al. (2017) realçam na sua investigação o suporte de primeira linha dado pela chefia aos enfermeiros orientadores, de forma a garantir a disponibilidade de recursos. Neste mesmo estudo, também os professores das instituições de ensino observaram o apoio que os enfermeiros chefes deram aos enfermeiros orientadores. Esta função de suporte é também evidenciada por Hegenbarth et al. (2015) que reforçam a consistência do suporte proporcionado. Os enfermeiros chefes exercem uma influência indireta a nível dos ensinamentos clínicos, pois eles podem induzir a relação pedagógica da equipa de Enfermagem na orientação de estudantes (Lethale et al., 2019).

Num estudo realizado por Borrallo-Riego et al. (2021), os estudantes evidenciaram que o planeamento do ensino clínico era importante para favorecer, por um lado, a aprendizagem em ensino clínico e, por outro, a satisfação dos atores.

Relativamente à distribuição de estudantes *Alderamim* afirma que na unidade A “[...] a distribuição é orientada [...] com os objetivos de estágio [...] pelos enfermeiros orientadores, em combinação também com os próprios professores.” e considerando “A carga de trabalho inculcada a esse orientador e ao estudante a nível de cuidados básicos [...]”. *Homan* reforça que na unidade B “[...] às vezes nós enfermeiros entre nós é que achamos que aquele doente terá mais situações de novas aprendizagens para o aluno, e então dizemos olha hoje ficamos com aquele [...]”.

Nas unidades C e D *Bellatrix* refere que “[...] tentamos gerir de acordo com as próprias características dos ensinamentos clínicos [...]”. *Regor* menciona “[...] a preocupação de dar doentes ricos em Enfermagem, doentes com mais necessidades, com mais problemas [...]” e *Lucida* relata que “[...] sempre que há uma técnica nova que não seja nos meus doentes, alguma técnica que o aluno não tenha visto, ou que não tenha ainda feito, ou algum doente com uma patologia diferente, tento pedir para me distribuírem nesses doentes, ou tento pedir para me avisarem quando forem fazer essa técnica para o aluno poder assistir.”. *Lucida* refere ainda que “[...] tentava escolher doentes que fossem mais dirigidos aos objetivos dela [da estudante] [...]” e *Nashira* acrescenta que “[...] quando eles estão a fazer o estudo de caso, preferimos ficar com uma determinada ala porque temos o estudante a fazer o estudo de caso... mas isso nem sempre é possível. Às vezes para além dos nossos doentes pedimos para ficar com aquele extra, ou para fazer

*determinada entrada, eu adoto muito esta estratégia com os meus alunos quando eles têm de fazer o estudo de caso faço um acompanhamento do princípio até ao fim o mais possível do internamento, às vezes significa ficar com mais um doente.”*

Os enfermeiros orientadores manifestam cuidado na distribuição dos estudantes considerando os objetivos do ensino clínico, a situação clínica do doente, as oportunidades de aprendizagem, o estágio de desenvolvimento do estudante e as suas necessidades e a carga de trabalho do enfermeiro orientador. O apoio da equipa na identificação de novos momentos de aprendizagem e a partilha destes com o estudante também é realçado.

Relativamente à mobilização de enfermeiros, este aspeto foi apenas referenciado por enfermeiros das unidades C e D. *Bellatrix* assume que “[...] às vezes há alguma mobilização de recursos, mas não há aumento dos rácios por isso [pela orientação de estudantes] [...]”, especificando que “[...] há profissionais, como os estudantes supostamente vão ficar com um professor e com os orientadores, que saem da vertente, do pool geral e passam só a orientadores daqueles estudantes de forma a assegurar aquele grupo. Não é que aumente o número de profissionais, a forma como eles são alocados aos cuidados é que é diferente.”. A ênfase na carga de trabalho como dificultadora da orientação de estudantes é referenciado por *Nashira* e *Electra*. *Nashira* refere mesmo que “[...] não há nenhuma diminuição da carga de trabalho... às vezes podemos manifestar, manifestamos com alguma frequência, principalmente numa fase mais avançada [...]”. *Electra* acrescenta que “[...] os nossos rácios são muito maus, para nós conseguirmos dar a atenção devida e para ser promotor de um ensino clínico bom [...]”.

Os enfermeiros orientadores manifestam dificuldade em apoiar os estudantes no seu processo de ensino-aprendizagem devido à sobrecarga de trabalho em alguns contextos e a não existirem medidas nos mesmos que aumentem o tempo necessário para uma adequada orientação de estudantes.

Borrallo-Riego et al. (2021) referem que os estudantes valorizam a organização do ensino clínico de forma a facilitar a aprendizagem e o sentimento de satisfação do estudante e do enfermeiro orientador.

## *Síntese*

Na subcategoria experiência profissional, nomeadamente no contexto da prática clínica, emerge do discurso dos entrevistados a importância da perícia na área de atuação. A perícia implica o domínio dos conhecimentos teóricos e a transferência dos mesmos para a prática clínica, através da combinação de habilidades e competências, suportados por um processo de reflexão sobre as práticas. Os enfermeiros orientadores evidenciam a necessidade de se atualizarem para assumirem a função de orientador, aumentando assim, o domínio teórico e promovendo o seu autodesenvolvimento.

Os enfermeiros peritos são os que apresentam mais experiência na orientação de estudantes e na gestão de equipas, sendo que em alguns é evidenciada a motivação para a função, a postura de compromisso profissional e a capacidade de reflexão sobre o seu desenvolvimento pessoal, profissional e sobre a prática da orientação de estudantes.

Os enfermeiros com menos experiência profissional manifestaram mais dificuldade na orientação de estudantes do 2.º ano do CLE. Constatou-se que estes enfermeiros para além de não dominarem a área de atuação, apresentaram uma menor capacidade de reflexão sobre o seu percurso de vida e de metacognição sobre as experiências de orientação. Acresce ainda a esta dificuldade na orientação de estudantes, a sua pouca experiência nesta área e, conseqüentemente, um menor desenvolvimento de esquemas supervisivos e de competências de orientação.

Os enfermeiros que têm experiência profissional como professores a tempo parcial num estabelecimento de ensino, na orientação de estudantes em ensino clínico, que são também peritos e têm experiência de gestão de equipas, revelaram uma maior capacidade de reflexão e metacognição e o desenvolvimento precoce de esquemas supervisivos.

A presença de enfermeiros-modelo nos contextos de trabalho, enquanto indivíduos com características profissionais e pessoais que influenciam os pares, favorece os processos de socialização profissional e a construção identitária. Estes enfermeiros-modelo são importantes para o desenvolvimento dos enfermeiros iniciados, que observam e imitam as suas práticas e posturas e necessitam do seu feedback para aumentar a sua autoconfiança e se sentirem reconhecidos pelo trabalho desempenhado.

O princípio da função de enfermeiro orientador, numa fase inicial do seu desenvolvimento profissional, parece não ser confortável para os entrevistados, por não sentirem que têm o domínio teórico e prático da área de atuação. Vários autores referiram também a necessidade de formação pedagógica sentida pelos enfermeiros para o início das funções de orientador. O início desta função, mediada ou supervisionada por um enfermeiro ou docente que acompanhe o processo, é evidenciado como fonte de suporte e feedback e como promotor da reflexão sobre a prática.

Os enfermeiros que estão numa fase inicial desta função valorizam, no seu processo de desenvolvimento de competências, o Modelo pedagógico do enfermeiro orientador que tiveram em ensino clínico, enquanto subsídio para os recursos endógenos, e o suporte da equipa de Enfermagem. Ainda não manifestam uma grande capacidade de análise sobre o seu percurso pessoal, profissional e de metacognição sobre a orientação de estudantes.

Desde a primeira orientação, através da repetição desta experiência, verifica-se o desenvolvimento da capacidade para analisar o estudante, nomeadamente nas suas dificuldades, limitações, necessidades, competências e motivações, e simultaneamente, o aperfeiçoamento de habilidades para incentivar, motivar, desafiar e estimular o pensamento crítico e a reflexão sobre as práticas. Verificámos que os enfermeiros orientadores continuam a prestigiar os modelos pedagógicos que observaram e experienciaram em ensino clínico (do enfermeiro orientador e do docente) e a equipa de Enfermagem, como contributo para o desenvolvimento de recursos endógenos. O suporte da equipa de Enfermagem, enquanto recurso exógeno, é enaltecido e emerge novamente o docente numa perspetiva de contribuição final para a resolução de situações de maior complexidade.

Os enfermeiros com muita experiência na orientação de estudantes de Enfermagem são peritos e assumem funções como professores a tempo parcial num estabelecimento de ensino. Para além disso, assumem funções de gestão de equipas, estão motivados para a função de orientador e apresentam uma atitude de compromisso para com a profissão. Evidencia-se também o desenvolvimento académico de alguns destes enfermeiros. Os seus discursos enfocam a importância do contexto profissional no desenvolvimento de competências, mas não realçam o suporte do docente do estabelecimento de ensino neste processo.

Os enfermeiros que ainda não iniciaram esta função valorizam mais a mobilização de recursos exógenos (docente e equipa de Enfermagem) para o processo de desenvolvimento de competências, sendo que um destes enfermeiros manifesta elevada motivação para a função.

De forma a promover o desenvolvimento profissional, pessoal e social do estudante, o enfermeiro orientador deve possuir capacidade de pensamento crítico e de resolução de problemas, competências de raciocínio clínico, competências de avaliação e análise do desenvolvimento do estudante, competências reflexivas sobre a prática e deve promover um ambiente que facilite o desenvolvimento do estudante, assim como fornecer feedback sobre o seu desenvolvimento.

A experiência a nível da gestão, quer na chefia de equipa, quer na colaboração da gestão do serviço, permitiram o desenvolvimento de competências de liderança, gestão de conflitos, resolução de problemas e de tomada de decisão. Os enfermeiros com experiência na gestão de equipa apresentaram maior capacidade de metacognição sobre o seu processo de desenvolvimento de competências.

Considerando que a experiência profissional está diretamente relacionada com a capacidade de pensamento crítico, de raciocínio clínico e consequentemente de reflexão sobre as práticas; o conhecimento e a experiência, ou seja, a perícia da área de atuação, influenciam a eficácia da orientação de estudantes; o enfermeiro orientador tem de aperfeiçoar a sua capacidade de analisar o estudante e de o estimular no seu processo de autoaprendizagem; e o enfermeiro orientador tem de desenvolver a sua capacidade de promover o desenvolvimento pessoal, profissional e social do estudante, parece-nos que para iniciar as funções de orientação de estudantes de Enfermagem, o enfermeiro se deverá encontrar, pelo menos, num estágio de desenvolvimento socioprofissional de proficiente.

A importância da equipa de Enfermagem no desenvolvimento de competências do enfermeiro, enquanto orientador, manifesta-se numa primeira instância no acolhimento aos profissionais e aos estudantes de Enfermagem. Um ambiente positivo, facilitador, com estímulo à reflexão e uma postura recetiva da equipa aos estudantes, evidencia a disponibilidade da equipa para a orientação de estudantes, que pode ser absorvida pelos enfermeiros recém-chegados, promovendo a aceitação da função e a visão de alguns aspetos da profissão. Martínez-Linares et al. (2019) valorizam a importância do

acolhimento dos estudantes na criação de sentimentos de pertença e de integração no trabalho em equipa, acrescentando que este potencia a aprendizagem do estudante. Os autores especificam, neste acolhimento, a apresentação da equipa, a organização do serviço e a transmissão de informações relacionadas com a gestão de cuidados.

O relacionamento estabelecido dentro da equipa de Enfermagem, de proximidade, de suporte ao desenvolvimento profissional e pessoal e até inspirador, pode promover o crescimento profissional mútuo. Este suporte da equipa de Enfermagem é evidenciado relativamente à prática clínica, mas também relativamente à orientação de estudantes.

Sendo assim, verificámos, de acordo com os autores citados, que relações de proximidade na equipa – e a disponibilidade da mesma para a orientação de estudantes – podem influenciar de forma positiva a orientação de estudantes de Enfermagem nos contextos.

A equipa de Enfermagem é considerada por todos os entrevistados como um aspeto fulcral para o desenvolvimento de recursos endógenos a mobilizar na orientação de estudantes de Enfermagem.

A equipa de Enfermagem permite o desenvolvimento da responsabilidade, da autoconfiança, do respeito, de competências de comunicação, de tomada de decisão e de trabalho em equipa, e de uma forma mais global, possibilita o esclarecimento e a aceitação da função e a visão e valorização da profissão.

A subcategoria Gestão do Serviço evidencia a relevância da liderança e da cultura formativa do contexto. A liderança a nível da gestão pressupõe a capacidade de pensamento crítico fundamental para criar um ambiente de trabalho promotor do mesmo na equipa, para assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados, e para aumentar a satisfação da equipa de Enfermagem e os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. A cultura formativa do serviço, as relações interpessoais de cariz pedagógico aí presentes e a operacionalização dos ensinamentos clínicos influenciam a aprendizagem dos estudantes de Enfermagem nos contextos.

A chefia do serviço deve, para além de estimular o pensamento crítico, apoiar o desenvolvimento académico e profissional, e incutir motivação e proatividade na equipa, no sentido de promover o desenvolvimento de competências. A partilha da gestão do serviço com a equipa, para além de incutir responsabilidade, permite o

aperfeiçoamento de competências de liderança, comunicação, gestão de conflitos e tomada de decisão.

A criação de um ambiente com uma cultura formativa e de aprendizagem, onde reinem relações interpessoais positivas, também é da responsabilidade da liderança do serviço. Esta cultura organizacional, de incentivo ao desenvolvimento profissional, passa pelo envolvimento da equipa na formação, de acordo com as necessidades identificadas, nos projetos do serviço e em atividades de orientação. Outro aspeto interessante da cultura formativa prende-se com a visão da equipa relativa aos ensinamentos clínicos, considerando a história de orientação nos contextos ou a perspetiva de serem contextos de referência na orientação de estudantes.

Na operacionalização dos ensinamentos clínicos verifica-se que o recurso a enfermeiros disponíveis para a orientação de estudantes aumenta a sua motivação para a função e a sua satisfação profissional. O envolvimento de outros elementos da equipa de Enfermagem em estádios de desenvolvimento iniciais é importante para o começo do seu desenvolvimento de competências enquanto enfermeiros orientadores. Os objetivos do ensino clínico, a situação clínica do doente, as oportunidades de aprendizagem e o estágio de desenvolvimento do estudante são considerados aquando da distribuição do estudante/enfermeiro, mas apesar disso a equipa é fundamental na identificação e partilha de novos momentos de aprendizagem.

Os aspetos relacionados com a gestão do serviço são referenciados pelos entrevistados que manifestaram mais capacidade de análise do seu percurso enquanto enfermeiros e enfermeiros orientadores. A gestão de serviço foi mais evidenciada no discurso de enfermeiros peritos, com muita experiência na orientação de estudantes e que colaboraram como professores em tempo parcial em estabelecimentos de ensino.

Constatámos que no contexto nas unidades C e D, os participantes evidenciam menos disponibilidade de tempo para a função de orientação de estudantes. Os participantes justificam este aspeto com os rácios enfermeiro/doente no contexto.

Por outro lado, nas unidades A e B os participantes exteriorizam mais o compromisso profissional, quer pelo incentivo da chefia de serviço, quer pela própria inserção em projetos de melhoria contínua da qualidade no contexto. Os entrevistados valorizam ainda o envolvimento dos enfermeiros no início do processo de orientação e a

disponibilidade de tempo para a prática de orientação, relacionada com o rácio enfermeiro/doente.

### 3.2.3 – Contexto Social

A categoria Contexto Social emerge também associada aos processos de socialização profissional dos enfermeiros.

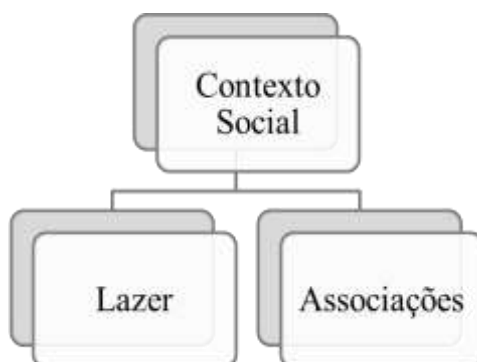
Setton (2005) valoriza o conceito de experiência social, referindo que a mesma gera atividade dos indivíduos, capacidade crítica e distância em relação a si próprios. A experiência social é uma experiência inacabada e uma forma de construir o mundo. O mesmo autor refere que as experiências sociais são combinações subjetivas de elementos objetivos e que o indivíduo, como ser intelectual, consegue dominar de forma consciente, pelo menos em certa medida a sua forma de se relacionar com o mundo combinando lógicas de ação diferentes pela reflexão (Setton, 2005). As experiências sociais são heterogêneas, concorrentes e, por vezes, contraditórias no que se refere aos princípios de socialização. A coerência que o indivíduo lhes confere depende da uniformidade dos princípios de socialização a que estão subordinados (Setton, 2005).

Grigorowitschs (2008) refere ainda que o efeito das condições sociais no processo de socialização não é determinado e previsível, estando interrelacionado e em constante modificação, sendo importante compreender como as distintas condições de socialização possibilitam ou limitam a construção identitária.

O indivíduo é, então, produto de múltiplas experiências de socialização em diferentes contextos sociais, considerando que a sociedade contemporânea é caracterizada por uma diversidade de princípios (Setton, 2005).

Na categoria **Contexto Social**, sustentada por nove entrevistados, surgiram duas subcategorias: Lazer e Associações (como se pode observar no diagrama 7).

Diagrama 7 - Socialização Secundária: Contexto Social



Fonte: autoria própria

A subcategoria **Lazer**, suportada por oito participantes, engloba atividades consideradas promotoras de competências sociais como a prática de desporto, a dança e o teatro.

A maior parte dos nossos participantes vivenciaram estas experiências na infância e na adolescência. Okuda e Fukada (2019) referem que é na adolescência que ocorrem mais e diversas interações com outras pessoas que levam o adolescente a se tentar posicionar no contexto social e com os outros, e a procurar, de forma complementar, a sua autoconsciência.

Vários participantes valorizaram a prática de desporto, para o desenvolvimento de competências de trabalho de equipa, como refere *Nash* quando menciona que “[...] qualquer desporto, mesmo o atletismo que é mais esforço individual, mas também tem muito trabalho de equipa.” e *Homan* que acrescenta que aprendeu “[...] a importância que é confiar nos outros e que os outros veem também em nós uma pessoa em quem confia [...]” e que “[...] há sempre alguém que sabe mais e que nos pode ensinar... também me deu perspetivas mais abrangentes sobre conhecimento e como este é transmitido [...]”.

Grigorowitschs (2008), abordando a socialização na infância, enfatiza a importância do brincar e do jogar com os pares, com crianças que compartilham as mesmas expectativas, interesses e condições sociais, como promotora do desenvolvimento da perceção de interação com os outros.

Benzaquen (2006), numa investigação que realizou com o objetivo de identificar quais as práticas de educação não-formal que promovem a socialização do valor cooperativo e como são desenvolvidas, refere alguns indicadores que permitiram assimilar estas

práticas socializadoras de cooperação: o respeito pelo outro e pela diferença; a ajuda mútua; o diálogo; a confiança; a autonomia; a realização de atividades em grupo; e as orientações dadas pelos educadores e que estimularam as atitudes acima referenciadas.

A ênfase no trabalho em equipa é evidenciada numa investigação realizada por Okuda e Fukada (2019) com o objetivo de esclarecer as diferenças na competência social básica de estudantes de Enfermagem. Os autores verificaram que a competência social é significativamente maior nos estudantes do 4.º ano, nomeadamente na ação e no trabalho em equipa.

Também *Alya* praticou “[...] *ginástica desportiva, trampolim, então sempre houve aquele trabalho de equipa, o jogar de acordo com as regras, o espírito de cada um ter a sua função [...]*” observando a forma “[...] *como é que os nossos monitores e professores lidavam com todos os alunos, isso acaba por nos dar um bocadinho... e acabei por ver como é que eles lidavam com o grupo, acabou-nos também por dar a parte das competências sociais, o lidar com o outro [...]*”.

A competência social é definida como uma habilidade fundamental para interagir com diferentes pessoas em contexto de trabalho ou em contexto social. Esta implica a ação (capacidade de avançar e tentar mesmo com risco de fracasso), o pensar (capacidade de questionar e avaliar criticamente) e o trabalho em equipa (capacidade de cooperar para um objetivo comum com os outros). Foram associados a estas três capacidades doze elementos de competência que passamos a citar: automotivação, iniciativa, capacidade para executar, capacidade de resolução de problemas, capacidade de planear, criatividade, capacidade de transmitir informações, capacidade de escuta, capacidade de adaptação, capacidade de compreender a situação e resiliência (Okuda & Fukada, 2019).

Como já foi referenciado acima, Benzaquen (2006) enfatiza as orientações dadas pelos educadores como estimuladoras da socialização do valor de cooperação. *Talitha* teve uma experiência no ensino, pois esteve “[...] *numa escola de dança e nessa escola de dança também ensinava os outros, era tipo auxiliar da professora, às vezes quando ela faltava era eu que dava as aulas.*”. Também *Alya* refere que “[...] *tínhamos um clube de teatro... também me ajudou muito [...]*”, pois a professora que coordenava o clube de teatro “[...] *era inspiradora, sabia cativar... era mesmo aquela pessoa que sentes que está a plantar aquelas sementes, era de experiências de vida [...]*”.

Benzaquen (2006) confirma, numa investigação que realizou com o objetivo de identificar quais as práticas de educação não-formal que promovem a socialização do valor cooperativo e como são desenvolvidas, que algumas atividades coletivas, como a dança, o teatro e núcleos de animação cultural nas escolas são experiências importantes e com propósito de socialização relativamente a princípios colaborativos. Na maior parte das situações, os grupos são caracterizados por uma socialização comunitária, em que ocorrerem relações de proximidade, afetivas e sociais (Benzaquen, 2006).

A subcategoria **Associações**, referida por três entrevistados, envolve atividades de âmbito social realizadas em diferentes associações: escuteiros, associações de estudantes do ensino secundário e do Ensino Superior Politécnico, e órgãos executivos colegiais. A participações nas associações de estudantes parece, segundo Regor, desenvolver a capacidade de relação com os outros, como refere quando afirma que “[...] *nos últimos anos do liceu entrei na associação de estudantes e tirei outro prazer da escola também... pela posição, pela forma como interagia com os restantes colegas, também me deu bastante prazer.*”, e o desenvolvimento pessoal e profissional, e a capacidade de análise e reflexão, como descreve o mesmo entrevistado ao referir que se envolveu “[...] *na associação, onde já estava, mas envolvi-me em conceitos didáticos, em conceitos académicos... debati com professores formas de ensinar... e isso também me fez crescer bastante como pessoa, como profissional e como aluno na altura.*” e que neste envolvimento “[...] *também tinha muita reunião, muito planeamento, muitas discussões, planear eventos, planear semanas académicas... isto é um crescimento não é.*”.

Correia (2012) refere que as experiências vivenciadas a nível social e grupal influenciam o processo de construção de competências. Pomerantseva (2018) acrescenta que as experiências sociais, as normas e valores sociais transmitidos em atividades lúdicas, educativas, laborais, artísticas, lazer e criativas, as interações entre crianças e adultos, a capacidade de aprender são meios de socialização e individualização. O mesmo autor refere ainda que as experiências sociais promovem a comunicação, a reflexão, a autoconfiança, a iniciativa, a responsabilidade, a autoestima, a igualdade de relações, a estrutura emocional positiva e o autodesenvolvimento (Pomerantseva, 2018).

## *Síntese*

No contexto social foram evidenciadas atividades desenvolvidas na infância e na adolescência, que consideraram promotoras do desenvolvimento de competências sociais que utilizaram na orientação de estudantes de Enfermagem do CLE. Estes enfermeiros apresentam diferentes experiências a nível da orientação de estudantes e três deles são considerados peritos de acordo com o modelo de desenvolvimento socioprofissional de Benner (2001).

A literatura encontrada suporta que as atividades de cariz social são importantes para os processos de socialização da criança e do adolescente, e que permitem a aquisição e o desenvolvimento de princípios colaborativos. Nestes processos de socialização ocorrem interações com outras crianças/adolescentes e adultos que possibilitam o desenvolvimento de competências sociais, com capacidades e elementos de competência intrínsecos, que promovem o desenvolvimento da capacidade de comunicação, da capacidade de relação, da capacidade de análise, de reflexão e de resolução de problemas. O desenvolvimento da automotivação, da iniciativa, da autoconfiança, da autoestima e da responsabilidade também são evidenciados.

Os enfermeiros orientadores com mais de 10 anos de experiência profissional evidenciaram, na reflexão sobre os percursos enquanto orientadores, uma maior capacidade para identificar vivências que suportaram o desenvolvimento dos recursos endógenos. *Regor*, enfermeiro perito e com muita experiência na orientação de estudantes como enfermeiro orientador e docente a tempo parcial, foi dos três entrevistados que valorizaram esta subcategoria, o que mais evidenciou a importância da participação neste contexto social. O entrevistado realça o seu desenvolvimento pessoal e profissional pelo incremento de responsabilidade e estímulo de competências de comunicação, de planeamento e de reflexão.

Em suma, constatámos que as experiências vivenciadas no contexto social facilitam o autodesenvolvimento, numa perspetiva de suporte para o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador de ensino clínico do CLE, e fomentam os princípios inerentes ao desenvolvimento de competências de trabalho em equipa, de relação e até pedagógicas.

#### 4. RECURSOS MOBILIZADOS NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os recursos mobilizados no desenvolvimento de competências transportam-nos para os resultados de uma das questões orientadoras deste estudo: Quais os recursos pré-adquiridos ao longo da vida que são mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador?

Os recursos mobilizados no processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador evidenciaram duas grandes categorias suportadas teoricamente por Le Boterf (2003): os recursos endógenos e os recursos exógenos (ver diagrama 8).

Diagrama 8 - Recursos mobilizados no desenvolvimento de competências



Fonte: autoria própria

O autor refere que os recursos pessoais são agregados à pessoa e incluem o saber, o saber-fazer, as aptidões ou qualidades, os recursos emocionais e fisiológicos, e as experiências vivenciadas e acumuladas. Por outro lado, os recursos do meio são exteriores ao profissional, e são constituídos por instalações, equipamentos, manuais de instruções, informações, competências dos pares/equipa e bases de dados, de redes relacionais, de cooperação científica e de peritos (Le Boterf, 2003; Amaral & Figueiredo, 2022). Para o mesmo autor, a administração competente de uma situação profissional complexa implica: saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional; saber integrar ou combinar saberes múltiplos

e heterogêneos; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; e saber envolver-se (Le Boterf, 2003). Esta administração competente de uma situação implica que o profissional saiba *navegar* na complexidade, considerando os recursos disponíveis (Le Boterf, 2003). Perrenoud (1999) refere que nenhum recurso pertence, em exclusivo, a uma competência, pois pode ser mobilizado por outras competências, acrescentando que uma competência pode funcionar como recurso, quando mobilizada para competências mais amplas. Le Boterf (2003) distingue dois conjuntos de recursos: uns integrados na pessoa (conhecimentos, habilidades, experiências, capacidades cognitivas e recursos emocionais...) e outros associados ao meio (bancos de dados, redes de especialistas, redes documentais...). A competência surge da capacidade de usar esta dupla instrumentalização de forma pertinente na ação, utilizando o saber combinatório (Le Boterf, 2003).

#### 4.1 – Recursos Endógenos

Na categoria Recursos Endógenos, suportada por todos os entrevistados, foram evidenciadas três subcategorias: Personalidade, Competências e Experiências Vividas (como se pode observar no diagrama 9).

Diagrama 9 - Recursos Endógenos



Fonte: autoria própria

#### 4.1.1 – Personalidade

A subcategoria **Personalidade**, sustentada pelos 14 entrevistados, remete-nos para um conjunto de características que torna o indivíduo único quanto à sua organização, salientando-se que o mesmo se ajusta ao ambiente através da forma como se comporta e como se revela nas diferentes interações com os outros (Peixoto & Meneses, 2018). A personalidade é uma das temáticas mais estudadas no âmbito da Psicologia, carecendo ainda de uma definição consensual, mas vários autores concordam na definição da personalidade como algo tendencialmente estável, único e específico, que distingue o indivíduo, conferindo-lhe uma identidade (Peixoto & Meneses, 2018). Emergem dos dados inúmeras características que os participantes referem ser importantes para exercer a função de orientador de estudantes de Enfermagem. Também Monteiro (2012) valoriza estas características, que o autor considera como estáveis, e que englobam comportamentos, sentimentos, emoções, tomada de decisão e cultura (Peixoto & Meneses, 2018).

Pomerantseva (2018) refere que no desenvolvimento da personalidade as qualidades inatas são prioritárias, sendo complementadas com processos de socialização, onde se revelam as características pessoais dos indivíduos. É na interação entre o social e o individual que emerge a personalidade. As condições criadas para a socialização proporcionam uma maior individualização e o desenvolvimento de competências sociais (Pomerantseva, 2018).

A formação da personalidade ocorre no contexto sociocultural, com base nos valores humanos universais e perspetivando o futuro, devido às influências do mundo natural, social, cultural e dos objetos, sobre o indivíduo e vice-versa. Nestas interações ocorrem auto-observações críticas sobre comportamentos, relações, objetivos e resultados que são comparados com os resultados dos pares. Nesta autoanálise ocorre espaço para a formação da personalidade (Pomerantseva, 2018).

Westrupp et al. (2020) alegam que a competência emocional se refere à capacidade do indivíduo de reconhecer, compreender, regular e gerir, de uma forma eficaz, a expressão das suas emoções. Acrescentam que estas competências são fundamentais para definir a nossa capacidade de iniciar e manter relações com os outros, gerir conflitos e enfrentar desafios, para além de suportarem a saúde mental do indivíduo (Westrupp et al., 2020).

Raval e Walker (2019) mencionam que os processos de socialização relacionados com as emoções se manifestam na compreensão, na expressão, na experiência e na gestão da emoção pela criança, contribuindo para o desenvolvimento de competências sociais e emocionais.

A competência emocional é moldada pelos pais, através das suas crenças sobre as emoções dos filhos, pelo clima emocional da família e pelas práticas parenterais (Raval & Walker, 2019; Westrupp et al., 2020). Raval e Walker (2019) recordam que os pais estão inseridos num ambiente social mais amplo que inclui a família, a comunidade e a cultura. A teoria da socialização das emoções descreve uma série de aspetos relacionados com a família que influenciam o desenvolvimento da competência emocional na criança: as crianças são influenciadas pela sua própria compreensão e regulação das emoções dos pais; as emoções dos pais afetam as emoções dos filhos através do ambiente emocional do contexto familiar; os filhos são influenciados pela aceitação, ou não, das crenças dos pais sobre as emoções; e a forma como os pais respondem, discutem e gerem as suas emoções afetam o desenvolvimento emocional das crianças (Westrupp et al., 2020). Ornaghi, Conte e Grazzani (2020) acrescentam que a socialização das emoções implica um conjunto de práticas culturais que se iniciam em contexto familiar e que, posteriormente, se expandem deste contexto, transmitindo formas e estratégias para expressar e regular as emoções durante as interações sociais.

Correia (2012) aponta os atributos pessoais como um dos aspetos que influencia o processo de construção de competências. Também Rua (2009), na sua investigação sobre a compreensão do desenvolvimento de competências dos estudantes de Enfermagem em ensino clínico, refere que as características pessoais, os papéis desempenhados, as relações interpessoais e a componente afetiva e emocional influenciam o desenvolvimento de competências.

A subcategoria personalidade emerge de forma consistente com Le Boterf (2003), pois este autor considera as aptidões e qualidades, e os recursos emocionais e fisiológicos como recursos pessoais. As aptidões ou qualidades são recursos mais complexos de descrever ou revelar, mas que não devem ser descuidados. Algumas das qualidades esperadas num profissional são: rigor, curiosidade e a capacidade de antecipação (Le Boterf, 2003). Na investigação realizada por Tabari-Khomeiran et al. (2007) foram identificadas características pessoais importantes que influenciavam o desenvolvimento

de competências dos enfermeiros: a motivação, a curiosidade, a disponibilidade para aprender, questionar e solicitar ajuda, a confiança e a capacidade de se comprometer. Também Perrenoud (1999) menciona atitudes e posturais que podem surgir, quer pela formação, quer pela experiência: curiosidade, paixão, intuição, julgamento clínico, *savoir-faire* e outras capacidades que permitam antecipar, tomar decisões e agir.

As características pessoais são uma das componentes do *4-Circle CT Model* de Alfaro-Lefevre (2016), que descreve a construção do pensamento crítico pela integração de mais três componentes (habilidades intelectuais e cognitivas; interpessoais e de autogestão e técnicas). Segundo o mesmo autor, os enfermeiros com mais idade seriam mais autoconscientes, genuínos, curiosos, honestos, confiantes, resilientes, abertos, imparciais, autónomos, flexíveis, proativos, persistentes, criativos ou sensíveis à diversidade (Amaral & Figueiredo, 2022). Le Boterf (2003) enfatiza que as competências comportamentais são cada vez mais importantes no exercício de uma profissão, nomeando a capacidade de escuta, a atitude no acolhimento, a capacidade de iniciativa, a tenacidade e a autoconfiança.

A **motivação**, aspeto inerente à personalidade de cada sujeito, emerge do discurso dos entrevistados pelo gosto por ensinar, pela iniciativa pessoal e pela procura de conhecimento. Relativamente ao gosto por ensinar *Bellatrix*, refere que “[...] *sempre gostei muito de partilhar [...] mesmo antes de ser profissional, como estudante [...] eu fazia os apontamentos, lia-os quando os fazia e depois havia sempre alguém que ficava com eles.*”. Acrescenta que “[...] *sempre tive muita disponibilidade, quando me perguntasse, dizer como é que era [...] partilhar!*”. Também *Regor* valoriza “[...] *o facto de teres gostado muito de ser aluno, o facto de gostares de ensinar, o facto de gostares de partilhar.*” e de gostar “[...] *acima de tudo de transmitir [...] prazer naquilo que as pessoas estão a fazer, porque assim aprende-se muito melhor.*” enfatizando que “[...] *adoro o que faço! [...] Gosto de transmitir aquilo que eu aprendi ao longo dos anos.*”.

Num estudo realizado por Núñez et al. (2017), com o objetivo de descrever o significado de ser orientador de estudantes de Enfermagem, emergiram quatro grandes categorias: vocação e satisfação; desafio pessoal e profissional; e responsabilidade e transmissão de experiência. Também Loughran e Koharchick (2019) evidenciam a satisfação pessoal, além do compromisso pessoal, como um dos motivos pelo qual os

enfermeiros orientam estudantes de Enfermagem. A vocação oferece aos enfermeiros a possibilidade de fazer algo que gostam e pelo qual sentem aptidão. A vocação e a satisfação são aspectos iniciais para criar uma relação com o estudante de respeito, amigável e colaborativa, aspectos preponderantes no sucesso da orientação (Núñez et al., 2017; Amaral & Figueiredo, 2022). Núñez et al. (2017) reforçam ainda que a relação estabelecida no ensino é percebida como uma experiência gratificante pelo crescimento mútuo, pois, por um lado, veem os estudantes crescerem para futuros profissionais, e, por outro, também se desenvolvem na interação com o estudante. Borrallo-Riego et al. (2021), no estudo que realizaram, evidenciam que quanto maior a motivação e o interesse para a função de ensino, melhores serão os resultados de aprendizagem dos estudantes (Amaral & Figueiredo, 2022). A motivação para o ensino é também evidenciada por Pearson e Hensley (2019), Loughran e Koharchick (2019) e Martínez-Linares et al. (2019).

*Alya* recorda a experiência que teve num grupo de dança em que “[...] nos últimos tempos também já ensinava os mais novos [...]”, valoriza esta experiência como fornecedora de “[...] muita competência social, o saber estar com o outro, o saber lidar com várias características de várias pessoas [...] ajudou muito não só enquanto orientadora, mas em termos profissionais [...] a conseguir perceber aquelas expressões não verbais, toda essa parte da comunicação [...]”. Refere ainda que “[...] quando eu sei uma coisa nova gosto de transmitir [...] não gosto de guardar as coisas para mim.”. Apesar de ainda não ter iniciado o seu percurso como orientador, *Talitha* valoriza nos enfermeiros do seu contexto de trabalho “[...] o gosto que têm por ensinar [...]”, acrescentando que “[...] desde pequena que gosto de ensinar... gostava de transmitir aquilo que sabia as pessoas que não sabiam.”. *Homan*, enfermeiro competente, mas que não está disponível para a função de orientador, refere que “[...] até gosto muito de ensinar, de explicar as coisas [...] gosto muito de argumentar e contrapor [...]”, acrescentando que tem que haver “[...] uma predisposição de querer ser orientador, porque sem motivação não existe nada”.

Núñez et al. (2017) mencionam que os enfermeiros consideram o desempenho das funções de orientador como um desafio pessoal e profissional pelas necessidades, obstáculos e desafios que enfrentam. Também Pearson e Hensley (2019) e Loughran e Koharchick (2019) confirmam o desafio, a exigência e a gratificação que a orientação

de estudantes pode ser para o enfermeiro orientador. Vários estudos internacionais destacam três aspectos concordantes com os resultados do estudo de Núñez et al. (2017): ambiguidade da função associada à falta de definição de funções; ausência de reconhecimento pelo trabalho extra que realizam com os estudantes, tanto pelos pares como pela chefia, e sobrecarga de trabalho com consequente falta de tempo para realizar adequadamente o ensino do estudante (Núñez et al., 2017).

Relativamente à **iniciativa pessoal** para procura de conhecimento, um dos *Alderamim*, perito e com experiência de orientação, enfatiza que “[...] *o perito tem de saber realmente, ter o conhecimento, saber procurar o conhecimento, e saber aplicá-lo, transmiti-lo [...]*” referindo que “[...] *gosto de ter conhecimento, gosto de fazer, gosto de escrever [...]*” e que procura conhecimento pela leitura de “[...] *um artigo, ler um livro e daí retirar o conhecimento*”. Outro perito, também com experiência em orientação de estudantes, *Regor*, reforça “[...] *o investimento que tiveste de fazer em atualizações [...]*” relacionando-o com o investimento que teve de fazer “[...] *um bocadinho na tua segurança*”. Apesar de não estar disponível para a orientação de estudantes, *Homan* refere que “[...] *quando estamos a ensinar [...]* tentamo-nos atualizar mais... há mais a busca do conhecimento... é um processo dinâmico ali entre aluno e orientador”. Ainda *Lucida*, que se encontra no seu início de funções como orientador, menciona, para além da procura do conhecimento, a importância da “[...] *reflexão sobre [...]* as minhas atividades, como é que oriento [...] *o que é que posso melhorar nesse sentido*”. Já enquanto estudante, *Bellatrix*, perita e com experiência de orientação, relembra que tentava escolher o local de ensino clínico “[...] *pelo que eu achava que fosse ser mais interessante, em termos do desenvolvimento do conhecimento, mesmo que fosse mais difícil.*” e enquanto pessoa “[...] *gosto de fazer muita coisa ao mesmo tempo e gosto de variar entre áreas.*”, porque acha “[...] *muito importante qualquer profissional estar aberto um bocadinho às outras áreas e tentar trazer os contributos [...]*”.

Fernandes et al. (2017) valorizam a iniciativa e o entusiasmo do profissional para adquirir formação que seja significativa para cada projeto profissional de desenvolvimento. Tabari-Khomeiran et al. (2007) evidenciam nas características pessoais, a motivação, o compromisso e a iniciativa como aspectos que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro (Amaral & Figueiredo, 2022). O

aumento da motivação promove a aceitação de papéis, o que pode, conseqüentemente, resultar na formação de identidade profissional (Zarshenas et al., 2014).

A **assertividade** foi uma das características da subcategoria personalidade também identificada. *Alya* menciona que “[...] *tem de haver aqui uma grande capacidade de comunicação... se tivermos alguma dificuldade em comunicar [...] ou mesmo a questão da empatia e da assertividade é muito complicado.*”. *Gatria*, que ainda não iniciou o ser percurso enquanto orientador de estudantes, concorda com esta outra característica que emerge e que se prende com a empatia, reforçando, baseado nas suas vivências em ensino clínico, que se deve estabelecer uma “[...] *relação de empatia com o aluno [...]*”, acrescentando que o enfermeiro orientador deve [...]. *ser um bocadinho mais assertivo[...]*”.

A **empatia** é caracterizada por um conjunto de processos que possibilitem que a pessoa compreenda e se sintonize com os sentimentos dos outros, através da observação ou da imaginação direta do seu estado emocional (Ornaghi et al., 2020). Implica a mudança de deixarmos de nos preocupar connosco, para nos preocuparmos com o outro, distinguindo-nos dos outros e assumindo a perspectiva do outro e a regulação da emoção (Ornaghi et al., 2020). Ornaghi, Conte e Grazzani (2020) referem que a regulação emocional, as habilidades de linguagem verbal, a socialização emocional e a qualidade das relações e interações entre pais e filhos foram fortemente associadas à empatia das crianças e influenciam o desenvolvimento de habilidades sociais positivas. A regulação emocional é a capacidade de inibir ou desenvolver as respostas emocionais pelo desdobramento de estratégias adequadas. As habilidades de regulação das emoções permitem à criança redirecionar a sua atenção do seu próprio sofrimento para o dos outros, pré-requisito fundamental para as posteriores respostas empáticas. As habilidades de linguagem nas crianças podem desempenhar uma atribuição direta ou indireta nas suas respostas e comportamentos empáticos. As habilidades sociais e emocionais das crianças, desenvolvidas pela socialização emocional, têm sido relatadas como sendo influenciadas pelo ambiente familiar, pela qualidade da criação precoce das mesmas e pelas práticas parentais relacionadas com as emoções. O desenvolvimento da empatia na primeira infância compreende a componente afetiva (capacidade para sentir e responder às emoções dos outros), cognitiva (compreender os estados emocionais dos

outros e respetivos pontos de vista) e comportamental (assumir condutas pró-sociais) (Ornaghi et al., 2020).

*Homan*, que não está disponível para ser orientador, ainda que competente, refere que “[...] o enfermeiro [...] tem que saber transmitir os conhecimentos, ser assertivo naquilo que diz [...]”. Associado à assertividade surgem discursos como o de *Nash* que apontam para uma atitude “[...] tranquila, tento transmitir isso as pessoas... mas tento ser o máximo tranquilo possível [...]”, para uma atitude calma, como menciona *Nashira* dizendo que “[...] quando estou a orientar sou mais calma, sou mais serena [...] para os alunos também conseguirem acompanhar [...]”. *Electra* que está no início do seu percurso como orientador reforça ser importante “[...] a calma e ponderação, porque o aluno já vem em stress suficiente e o nosso trabalho diariamente é complicado.”.

Emergiram ainda do discurso dos sujeitos aspetos relacionados com a **disponibilidade e a capacidade de apoiar o estudante** em EC. *Homan* refere que “[...] o enfermeiro tem que ter paciência, tem de ser paciente [...] ser assertivo naquilo que diz [...]”. *Ksora* valoriza também a paciência e acrescenta “[...] a compreensão que também é uma coisa que com os alunos temos de ter muita, a paciência, a espera para eles realizarem, terem tempo de fazer as coisas [...]”, aspeto também evidenciado por *Lucida* no início do seu percurso como orientador, quando afirma que tenta “[...] deixar os alunos [...] um bocadinho à vontade no sentido, têm este espaço, podem ir ver para onde é que querem ir.”. A disponibilidade é também referida por *Nashira* quando diz que “[...] eu gosto de ensinar e estar acessível... dar abertura para que eles expressem as dúvidas e as dificuldades.”, acrescentando que tenta “[...] ser um agente promotor e facilitador das aprendizagens dos estudantes, porque acaba também por ser enriquecedor para ambos.”. *Talitha*, apesar de ainda não ter iniciado o seu percurso como orientador, salienta que observa nos enfermeiros orientadores do seu contexto de trabalho que estes “[...] dão-lhes espaço para explorar e mostram-se disponíveis também para ajudar e para esclarecerem dúvidas não é, apoiam-nos, estão lá com eles [...]”.

Borrallo-Riego et al. (2021) mencionam que os estudantes consideram que o enfermeiro orientador deve ser disponível e acessível de forma a facilitar a aprendizagem (Amaral & Figueiredo, 2022). Martínez-Linares et al. (2019) também evidenciam a disponibilidade como características de um orientador eficaz que potenciam a

aprendizagem. Os autores acrescentam que estas características transmitem segurança aos estudantes e contribuem para a criação de uma relação de confiança e conforto.

Outros aspetos relacionados com a personalidade foram também referidos pelos entrevistados.

*Nashira* refere que “[...] o perfeccionismo e a exigência estão sempre presentes [...]”, *Gatria*, sem experiência de orientação, menciona que terá “[...] sempre se ser exigente [...] consoante o ano letivo, também do aluno, não poderia nunca exigir mais do que supostamente será obrigado a saber.” e ainda *Regor*, perito e com muita experiência de orientação, acrescenta uma perspetiva diferente referindo que “[...] continuo a ter o mesmo grau de exigência... sou é mais benevolente na forma de avaliar.”.

Outra característica que emergiu é a responsabilidade. *Homan*, que não está disponível para a função de enfermeiro orientador, refere que o orientador “[...] tem de ser responsável, tem de ser assertivo e tem que estar lá para que o aluno se sinta também seguro”. *Alya* acrescenta que “[...] a responsabilidade é muito importante, responsabilidade, organização, disciplina [...]”. A grande responsabilidade do enfermeiro durante a orientação de estudantes é evidenciada por Núñez et al. (2017): responsabilidade para com os doentes (proteção do doente), para com a equipa de saúde, tomada de decisão do estudante, treino e formação de futuros profissionais competentes (Rogan, 2009; Farooq et al., 2015). *Nashira* menciona que tenta “[...] incutir a responsabilidade da profissão, e isso acho que está muito relacionado com a minha educação familiar [...]” enfatizando que quando “[...] está a orientar alunos tem de ser ainda mais organizada e metódica [...]”. Também Núñez et al. (2017) referem que a responsabilidade emerge dos significados no exercício da função de orientador, quer pela responsabilidade de proteção do utente, quer pela responsabilidade assumida como orientador no ensino aos estudantes (reflexão, raciocínio clínico, tomada de decisão, feedback) para a preparação de enfermeiros competentes. Por outro lado, Lillekroken (2019) afirma que os orientadores em ensino clínico se sentem oprimidos pela responsabilidade que têm para com os estudantes de Enfermagem.

*Regor* aborda a responsabilidade na perspetiva da autorresponsabilização, referindo que a sua mãe o remeteu “[...] para eu ser responsável e tomar conta das minhas coisas. Gerir o dinheiro por exemplo... estabelecer prioridades [...]”, acrescentando que “[...] é um bocado aquilo que nós pedimos dos nossos alunos, saber gerir prioridades,

*estabelecer prioridades, e isto foi um ensinamento para a vida, portanto da minha educação[...]*”. Simões et al. (2008) valorizam nos orientadores a sua capacidade de se auto-supervisionar, necessitando para isso de desenvolver a sua capacidade de aprendizagem, reflexão e responsabilidade, num movimento introspetivo, utilizando a capacidade de análise e de avaliação.

A capacidade de observação foi outra característica da personalidade referenciada por alguns entrevistados. *Rana* assume que “[...] *sempre fui muito observadora.*” e *Lucida*, para além dessa característica, valoriza “[...] *a reflexão dessa observação.*”. *Nashira*, enfermeira com experiência em orientação, relembra que “[...] *a partir do momento que comecei a orientar alunos comecei a estar mais desperta para quando outros colegas têm alunos, e para me aperceber de algumas questões, de alguns ensinamentos que eles fazem, acabas sempre por influenciar o teu modelo de ensino e de orientação um bocadinho por imitação dos colegas.*”.

Outras características que emergem relativamente à personalidade são a autonomia e a autoconfiança. *Rana* relembra, relativamente à sua educação, que “[...] *fomos educadas a desenrascar-nos um bocadinho sozinhas, a sermos independentes, valorizar o trabalho [...] e eu acho que tento passar isso, quero que sejam pessoas autónomas [...]*”. Também *Regor* refere que a sua mãe o remeteu para a “[...] *autorresponsabilização [...] para eu ser responsável e tomar conta das minhas coisas.*”. A autoconfiança é evidenciada por *Rana* quando valoriza o estudante que lhe transmite confiança, referindo que a confiança “[...] *é uma coisa que eu também tenho de dar não é [...] a autonomia, que vem com a confiança.*”. *Alya* reforça que enquanto orientador “[...] *temos de ter muita confiança nos conhecimentos e destreza [...]*”. A questão da autoconfiança é abordada de uma perspetiva diferente por *Homan* que, quando recorda os tempos de escola, menciona que “[...] *nessa altura eu já tinha uma noção de maturidade diferente da dos meus colegas, e normalmente, no meu grupo de amigos, eu era o líder, ou seja, quando havia um problema era eu que, basicamente, apaziguava as coisas, era eu que decidia [...]*”.

A curiosidade foi também uma característica que emergiu do discurso de alguns entrevistados. *Homan* refere que “[...] *sempre fui muito de perguntar o porquê das coisas, sempre fui muito curioso[...]*” e ainda *Bellatrix* menciona que apesar de ter uma

aparência tranquila é “[...] *uma pessoa muito inquieta, curiosa...e quer saber mais sobre determinados aspetos* [...]”.

A intuição é referenciada apenas por dois entrevistados, peritos e com experiência na orientação de estudantes de Enfermagem. *Regor*, que também tem experiência enquanto professor, refere que a orientação “[...] *tem muito a ver com a minha intuição* [...] *nós somos muito o produto do que nós vivemos não é.*”. *Nash*, que apesar de ter experiência em orientação, desde há alguns anos não está disponível para exercer esta função, menciona que “[...] *a primeira vez foi muito baseado na minha intuição*[...]”. A intuição é valorizada por Núñez et al. (2017) quando mencionam que os enfermeiros orientadores querem incentivar os estudantes a transformarem-se em “bons profissionais” e enaltecem a intuição e a sua atribuição de modelo para atingirem os seus objetivos.

### ***Síntese***

A subcategoria personalidade emerge sustentada por todos os entrevistados deste estudo e consolidada pela evidência científica encontrada: as características individuais do enfermeiro influenciam a construção e o desenvolvimento de competências do mesmo enquanto orientador de ensino clínico. A personalidade constrói-se pela interação entre as características inatas do indivíduo e o ambiente social, através dos processos de socialização. Nestes processos é valorizada a influência dos pais e família, considerando a comunidade e cultura em que estão inseridos no desenvolvimento de competências sociais e emocionais do indivíduo. Estas revelaram-se importantes no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, nomeadamente no âmbito da relação, da gestão de conflitos e na resposta a desafios. As características da personalidade que os entrevistados valorizaram como recursos que mobilizam no seu desenvolvimento de competências como enfermeiros orientadores foram: a motivação para ensinar; a iniciativa pessoal, nomeadamente na procura de conhecimento; a assertividade; a empatia; e a disponibilidade para a função. Com menos relevo, mas que também considerámos importante, emergem a responsabilidade, a capacidade de observação, a curiosidade, a intuição, a autonomia e a autoconfiança.

Os enfermeiros orientadores que manifestaram de forma mais premente motivação e disponibilidade para a função, empatia e assertividade apresentam mais de dez anos de

experiência profissional e diferentes experiências na orientação de estudantes de Enfermagem. Foi evidente, na reflexão dos seus percursos enquanto enfermeiros orientadores, uma maior capacidade de mobilização destas características, enquanto recurso endógeno, para o seu processo de desenvolvimento de competências. Realçou ainda a capacidade de análise destes enfermeiros em relação ao seu percurso como enfermeiros e, posteriormente, como orientadores de estudantes de Enfermagem, e a transferência destes aspetos da sua personalidade para o desenvolvimento das suas competências de relação e de gestão de conflitos.

Este recurso endógeno é influenciado pelos processos de socialização primária (contexto familiar e escolar) e secundária (contexto académico, profissional e social) e manifesta-se, principalmente, em termos de desenvolvimento de competências de orientação de estudantes de Enfermagem, pela disponibilidade e motivação para a função.

#### **4.1.2 – Competências**

A subcategoria **Competências** emerge do discurso de todos os participantes, nomeadamente as competências analíticas, técnico-científicas, comunicacionais e relacionais. Esta subcategoria é sustentada por Le Boterf (2003) que considera o saber e o saber-fazer como recursos pessoais. O autor refere que o saber engloba o saber teórico (conceitos, conhecimentos disciplinares, organizacionais e racionais), o saber do meio (organizacional, social, sobre os processos, materiais e produtos) e os saberes associados aos procedimentos (procedimentos, métodos, modos operatórios). Também Perrenoud (1999) descreve três tipos de conhecimentos: declarativos (descrevem a realidade sob a forma de leis, constantes, regularidades e factos), procedimentais (descrevem o procedimento a aplicar para obter um resultado) e condicionais (determinam as condições de validade dos conhecimentos procedimentais). O saber-fazer abrange o saber-fazer formalizado (condutas, métodos e instrumentos), empírico, relacional e cognitivo (Le Boterf, 2003).

As **competências analíticas** foram evidenciadas por todos os entrevistados, que mencionaram diferentes aspectos relacionados com a mobilização destas competências, nomeadamente a capacidade de autoanálise, análise das práticas e análise do estudante.

As competências analíticas são competências genéricas ou transferíveis, de acordo com o definido no âmbito do Projeto Tuning, de tipo instrumental, pois estas reportam-se a habilidades cognitivas (González & Wagenaar, 2008; Melo, 2012). As competências analíticas emergiram também nos resultados da RSL realizada com o objetivo de identificar as competências do enfermeiro orientador, como uma das seis categorias de competências do mesmo (Amaral & Figueiredo, 2021b).

A capacidade de autoanálise é evidenciada por *Alderamin* quando refere que “[...] *acho que a capacidade de análise, [...] de me analisar a mim, a metacognição, é o principal aspeto que me levou a querer evoluir.*”. Beber et al. (2014) referem que metacognição é a consciência de si próprio e o conhecimento sobre o seu processo de aprender. Ainda Fonseca (2008) menciona que a metacognição implica um processo de interação entre os processos de aprendizagem de cada indivíduo. *Lucida* também assume esta autoanálise quando menciona que vai observando “[...] *as minhas reações ao orientar e dia a dia faço uma reflexão, quase como um diário [...]*”, acrescentando também a análise da sua prática, pois refere que faz uma “[...] *reflexão sobre [...] as minhas atividades, o que eu faço, como é que oriento, [...] o que é que posso melhorar nesse sentido.*”.

A reflexão referida por este entrevistado é uma estratégia utilizada para analisar o seu processo de aprendizagem, o conhecimento que ele tem sobre o seu conhecimento. Quando a pessoa compreende a forma pela qual aprende, aumenta a sua capacidade de construir saber. A metacognição permite não apenas a apropriação de conhecimento, mas também o desenvolvimento de competências, considerando o perfil cognitivo da pessoa, de forma a sustentar áreas que necessitam de ser alicerçadas e a fortalecer áreas já desenvolvidas (Beber et al., 2014). Ainda Simões et al. (2008) reforçam que os orientadores têm de ter a capacidade de se auto-supervisionar, necessitando para isso de desenvolver a sua capacidade de reflexão, de aprendizagem e de avaliação, num movimento introspetivo.

A capacidade de análise das práticas é também focada por *Alderamim*, que valoriza a reflexão, quando aborda a temática do seu desenvolvimento de competências para a

orientação de estudantes, referindo que foi a “[...] *analisar a minha prática, perceber o que é que eu necessito. Necessito de formação no quê?*”. Regor, enfermeiro perito e com experiência em orientação de estudantes, enfatiza a análise das “[...] *pessoas que nós vamos apanhando e [...] temos um juízo crítico, sabemos filtrar, [...] não me identifico nem com a forma de comunicar nem com a forma de ensinar nem com a forma de agir e vamos criando o nosso próprio modelo.*”.

A análise das práticas é valorizada por Ribeiro e Prado (2013) quando referem que o orientador precisa repensar a sua prática, a comunicação e a partilha de informação, o trabalho em equipa, a integralidade do cuidado e fomentar a educação permanente nos contextos de trabalho. O orientador precisa dispor de um conjunto de recursos que o ajude a tornar o conhecimento acessível ao estudante, a problematizar a realidade e, simultaneamente, promover uma prática sustentada por um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo. Zuriguel-Pérez et al. (2018) reforçam que o pensamento crítico é influenciado pelo conhecimento adquirido na prática clínica e pela experiência profissional (Amaral & Figueiredo, 2022).

A capacidade de analisar o estudante, nomeadamente as suas características, é evidenciada por Homan, que não está disponível para a orientação de estudantes, quando refere que o enfermeiro “[...] *tem de perceber que os alunos são diferentes, que cada um é uma pessoa individual, com os seus problemas, os seus objetivos, e tentar adequar os seus métodos de ensino.*”. Bellatrix, também perita, mas com experiência em orientação, refere adequar a forma como transmite a informação ao estudante “[...] *tendo em conta o nível de desenvolvimento da pessoa, as características, o estágio de determinadas competências [...]*” reforçando, tal como referido pelo sujeito anterior, a importância de perceber que os estudantes são diferentes, e que “[...] *a eficiência ou a eficácia da orientação tem muito a ver com a avaliação que nós fazemos do estudante [...] mas efetivamente dentro do pool nós temos de perceber a diferença.*”. Nash, que apesar de perito não se encontra disponível para as funções de orientador, refere que os enfermeiros orientadores não conhecem os estudantes e que “[...] *cai-nos aqui um grupo ou uma pessoa e nós não sabemos as características mínimas de cada um, vamos descobrindo aos poucos.*”. A capacidade de analisar a disponibilidade do estudante é mencionada por Electra, que se encontra no início do seu percurso enquanto orientador, recordando uma experiência menos positiva em que utilizou várias estratégias para

perceber a dificuldade do estudante, para depois perceber “[...] *que era só mesmo falta de interesse* [...]”.

De forma a aumentar a proatividade dos estudantes no seu processo de aprendizagem, os orientadores devem encorajar, motivar e desafiar os estudantes a procurarem o conhecimento, a praticar o pensamento crítico, a resolução de problemas e a reflexão sobre as práticas (Paton, 2010; Ribeiro & Prado, 2013; Mamhidira et al., 2014; Pires et al., 2021b). Esta postura proativa do estudante implica que ele compreenda a situação do doente, procure conhecimento e identifique soluções relevantes para os problemas em causa, discutindo-as com o orientador (Mamhidira et al., 2014).

A capacidade de analisar as dificuldades do estudante é evidenciada por alguns participantes. *Talitha*, que ainda não iniciou o seu percurso enquanto orientador, verbaliza que era importante ter conhecimento de “[...] *quais são as dificuldades daquele aluno, quais são os pontos fortes* [...]”. Também *Gatria*, que não tem experiência na orientação de estudantes menciona que também era importante “[...] *perceber se aquele aluno já tem algum tipo de défice que seja importante trabalhar mais no estágio atual* [...]”. Happell (2009) menciona que os estudantes valorizam a capacidade do enfermeiro de conhecer e analisar as suas limitações de preparação teórica. *Rana* identificou, na sua experiência como orientadora, situações em “[...] *que se via perfeitamente que eram dificuldades de aprendizagem, não era falta de vontade* [...]” e *Homan* acrescenta que tentou “[...] *perceber com ele o porquê daquela dificuldade e [...] com ele [estudante] arranjar estratégias novas* [...]”. Associada às dificuldades do estudante, emerge também a importância de analisar as necessidades dos estudantes. *Alya* realça que é importante “[...] *haver essa capacidade de tentar perceber, [...] tentar dirigir um bocadinho mais as necessidades dele.*” e *Nashira* acrescenta que a formação poderá alertar para “[...] *aspetos que temos de estar despertos no aluno [...] para as necessidades dele e de aprendizagem, e também acaba por nos dar segurança do que estamos a fazer.*”.

Vários autores referem que o orientador deve procurar estar atento às necessidades formativas do estudante, às suas motivações, capacidades e competências, identificando as suas fragilidades, de forma a assegurar as oportunidades de aprendizagem necessárias, adequando a sua comunicação e intervenção, ajudando a aplicar os conhecimentos teóricos na prática, participando no planeamento e executando

atividades que estimulem a autoaprendizagem ao longo da vida (Simões et al., 2008; Paton, 2010; Omer et al., 2013; Jeggels et al., 2014; Hill & Melender, 2015; Ferreira et al., 2018; Pires & Santos, 2022).

Associado a estes dois aspetos – análise das dificuldades e das necessidades – surge também a capacidade de analisar a aprendizagem do estudante, que é evidenciada por *Bellatrix*, perita e com experiência de orientação, quando refere que “[...] *se eu conseguir identificar o tipo de aprendizagem de um estudante e souber quais as estratégias que me permitem, [...] modelar, aquela forma de conhecimento, eventualmente, posso ter um melhor resultado com aquele estudante [...]*”. Happell (2009), baseado nos resultados do seu estudo, refere que a compreensão do nível de desenvolvimento dos estudantes, pelos orientadores, foi um aspeto evidenciado pelos estudantes. *Homan*, competente, mas sem disponibilidade atual para a função de orientador, recordando a sua experiência na orientação de estudantes, valoriza a identificação da “[...] *causa e depois trabalhamos esse aspeto até chegar ao momento em que achamos que ele está preparado [...]*”. Perante uma situação/problema, os enfermeiros orientadores consideram importante o confronto com o estudante, pois permite descrever, clarificar, analisar, interpretar, avaliar a situação, no fundo permite a reflexão crítica sobre a prática vivenciada, mobilizando conteúdos teóricos para uma reorganização e reconstrução de uma determinada prática (Simões et al., 2008; Mamhidira et al., 2014).

A reflexão sobre os momentos de aprendizagem é uma estratégia utilizada por *Regor*, perito e com experiência de orientação para analisar a aprendizagem do estudante, pois no “[...] *no fim de cada técnica [...] vamos refletir os dois, o que é que correu bem, o que é que correu mal.*”. A necessidade de reflexão sobre as práticas com o estudante foi enfatizada (Ferreira et al., 2018; Mamhidira et al., 2014). A discussão de aspetos do cuidado, de aspetos a melhorar, a reflexão no final do dia, o planeamento de sessões de reflexão com os estudantes e o incentivo na procura de conhecimentos em bases de dados científicas, foram aspetos evidenciados (Mamhidira et al., 2014; Hill & Melender, 2015; Ferreira et al., 2018). Lillekroken (2019) refere que o incentivo para o desenvolvimento do pensamento crítico do estudante e para a resolução de problemas comuns da prática clínica são aspetos importantes a atender na orientação de estudantes.

O mesmo autor menciona que a promoção de ambientes que estimulem o pensamento crítico do estudante deve ser uma preocupação do enfermeiro orientador e do professor.

Núñez et al. (2017) valorizam a função facilitadora do orientador, nomeadamente na aquisição de habilidades técnicas e no desenvolvimento do pensamento crítico, com vista a que estudantes obtenham uma aprendizagem efetiva em ensino clínico. Também Ribeiro e Prado (2013) e Ferreira et al. (2018) reforçam que compete ao orientador a criação de condições no contexto da prática clínica para um cenário rico em experiências de aprendizagem, que promovam a problematização da realidade e a reflexão na ação.

Zuriguél-Pérez et al. têm realizado alguns estudos na área do pensamento crítico em Enfermagem, e realçam que a capacidade de pensamento crítico é uma das competências básicas do enfermeiro e que está vastamente aceite como estando associada à prestação de cuidados seguros e de qualidade (Zuriguél-Pérez et al., 2019 Amaral & Figueiredo, 2022). O *4-Circle CT Model* de Alfaro-Lefevre (2016) descreve a construção do pensamento crítico pela integração de quatro componentes: as características pessoais; as habilidades intelectuais e cognitivas; as habilidades interpessoais; e as habilidades de autogestão e técnicas. O enfermeiro precisa desenvolver a sua capacidade de pensamento crítico para utilizar a sua capacidade de observação para identificar informações relevantes e identificar relações entre os dados, através do raciocínio clínico (Zuriguél-Pérez et al., 2019). A integração do pensamento crítico durante o desenvolvimento da experiência profissional do enfermeiro é necessária, e implica uma postura de compromisso para com uma prática baseada na evidência e para a aprendizagem ao longo da vida (Zuriguél-Pérez et al., 2019). Numa investigação realizada pelos mesmos autores, com o objetivo de identificar o nível de pensamento crítico em enfermeiros da prática clínica de acordo com variáveis sociodemográficas e profissionais, constatou-se que a capacidade de pensamento crítico está relacionada com a idade, os anos de experiência profissional, o trabalho por turnos, o tipo de contrato e o nível académico do enfermeiro (Zuriguél- Pérez et al., 2019). Noutro estudo realizado pelos mesmos autores, é apontado o desenvolvimento de estratégias de ensino e aprendizagem que auxiliem os enfermeiros a pensar de forma crítica e reflexiva, como uma das possibilidades de os enfermeiros chefes exercerem a sua liderança transformacional (Zuriguél-Pérez et al., 2018).

*Rana* refere que a observação das práticas dos outros “[...] *ensina o bom e o mau. Temos é que ter capacidade de decidir o que é que é bom e o que é que é mau.*”. *Regor*, perito e com experiência de orientação, deu enfoque a este aspeto da capacidade de análise, lembrando o início do seu percurso profissional, referindo que “[...] *a tomada de decisão [...] [deve ser] feita de uma forma muito consciente [...]*” e que implica o “[...] *princípio de atuação, de análise, de vigilância, é isto que eu vou transmitindo aos meus alunos.*”.

Vários autores referem que o pensamento crítico, a capacidade de fazer julgamentos clínicos e a formulação e resolução de problemas deve ser incentivada pelos orientadores, que apoiam e dão feedback aos estudantes (Jeggels et al., 2013; Mamhidira et al., 2014; Hill & Melender, 2015; Farooq et al., 2015). No estudo realizado por Hunter e Cook (2018) é evidenciada a capacidade de pensamento crítico, com uma abordagem construtiva sobre as experiências menos positivas, assim como o julgamento clínico e a comunicação interpessoal eficaz.

Para os enfermeiros orientadores, a reflexão (Núñez et al., 2017), o raciocínio (Paton, 2010) e o feedback são importantes no ensino dos estudantes (Núñez et al., 2017), sendo que a reflexão em ensino clínico deve ser contínua e orientada para o desenvolvimento pessoal, profissional e social (Simões et al., 2008). Zarshenas et al. (2014) acrescentam que a resolução de problemas e o desenvolvimento e prática de pensamento crítico na Enfermagem fomenta o compromisso para com a profissão.

A capacidade de analisar o percurso do estudante também emerge no discurso dos entrevistados. *Nash*, perito, com experiência de orientação, mas que não está disponível para esta função, atualmente refere que o professor conhece os estudantes da escola e “[...] *é nós não conhecermos as pessoas.*”. *Talitha*, que ainda não iniciou o seu percurso como orientador, refere que precisava de saber “[...] *o percurso [...] aquilo que eles dão [...] o percurso académico [...]*”. Happell (2009) reforça que os enfermeiros devem ter uma visão global da componente teórica do estudante, dos objetivos para o ensino clínico e do desenvolvimento do estudante de forma a conseguirem atender às suas necessidades. *Regor*, enfermeiro perito e com experiência em orientação, menciona que “[...] *tenho por hábito nunca querer saber o que está para trás nos estágios [...]*”, valorizando o percurso do estudante realizado até ao momento e fazendo “[...] *o meu diagnóstico no início [...] e depois faço a minha avaliação [...]*”.

A capacidade de avaliação implica a análise do desempenho do estudante em ensino clínico. Este aspeto é referenciado por *Bellatrix*, perita e com experiência de orientação, que menciona que “[...]nós vamos sempre avaliando a vertente do conhecimento de associar [...]a forma como ele se traduz na prática em termos da sua competência [...]” reforçando que “[...] esta quase dupla avaliação não é fácil, porque a pessoa até pode ter um pensamento muito estruturado e um conhecimento bastante consolidado e não conseguir traduzir para a prática.”. *Talitha*, que ainda não iniciou o seu percurso como orientador, refere sentir necessidade de adquirir “[...] estratégias para nós enquanto orientadores [...] como avaliar, como estimular o aluno, como facilitar a aprendizagem [...] estratégias de comunicação [...]”.

Efetivamente a avaliação tem sido referenciada como uma das grandes competências do orientador (Paton, 2010; Núñez et al., 2017), tendo sido considerada pelos mesmos como uma estratégia promotora da reflexão (Simões et al., 2008), que implica a avaliação do conhecimento e da competência dos estudantes em contexto de prática clínica (Paton, 2010). Paton (2010) acrescenta que na preparação e avaliação dos estudantes, os orientadores adquirem habilidades práticas e experiência em ensino. A capacidade do orientador de conhecer e analisar o conhecimento dos estudantes é também evidenciada no estudo de Happell (2009) pelos estudantes.

As **competências técnico-científicas** são também referenciadas por todos os entrevistados. Estas competências são denominadas de específicas, segundo González e Wagenaar (2008), pois reportam-se a conhecimentos particulares de uma determinada área, neste caso a Enfermagem, mas também são competências genéricas ou transferíveis de tipo instrumental, pois englobam habilidades metodológicas e linguísticas (González & Wagenaar, 2008; Melo, 2012). Numa RSL realizada com o objetivo de identificar as competências do enfermeiro orientador, emergiram como uma das seis categorias de competências do enfermeiro orientador, as competências profissionais, que englobam as competências técnico-científicas (Amaral & Figueiredo, 2021b).

A ênfase na posse destas competências é evidenciada por *Bellatrix*, perita e com experiência de orientação, que refere que para ser um bom orientador “[...] é importante ter o domínio das competências técnico-científicas [...]”, sendo estas consideradas por *Alderamim*, também perito e com experiência de orientação, como uma “[...] mais-valia

*em nós [...] o nosso conhecimento científico [...]*, e que evidencia que *“[...] as guidelines supostamente têm de estar atualizadas.”*

O domínio do conhecimento científico do orientador e a capacidade para transformar a experiência profissional em experiências de aprendizagem na orientação de estudantes é valorizada por Ribeiro e Prado (2013). Lethale et al. (2019) referem que o orientador deve ser capaz de combinar habilidades clínicas proficientes e eficazes, e habilidades de ensino para auxiliar na transferência de conhecimento teórico para a prática clínica (Amaral & Figueiredo, 2022). Também Ferreira et al. (2018) afirmam que os orientadores precisam de dominar os conhecimentos desenvolvidos na prática para serem produtivos em relação ao ensino (Amaral & Figueiredo, 2022).

Ainda *Regor*, perito com experiência em orientação, acrescenta que o conhecimento implica um *“[...] investimento que tiveste de fazer em atualizações [...] a tua experiência profissional em várias áreas.”*

O interesse no crescimento profissional, a experiência, a especialização num contexto de prática clínica e a competência são aspetos que o orientador deve reconhecer e auto desenvolver (Jeggels et al., 2013; Ribeiro & Prado, 2013). A aprendizagem ao longo da vida surge como um domínio de desempenho (Omer et al., 2013) e como uma nova área de conhecimento dos enfermeiros (Smedley, 2008). *Nashira* também valoriza a sua prática profissional noutras áreas referindo que *“[...] a urgência é uma grande escola [...]”* e que *“[...] mobilizo aqui em cima muitos conhecimentos que adquiri lá em baixo [...]”*.

No estudo realizado por Lethale et al. (2019), os autores referem que os orientadores concordam que o conhecimento e a experiência adequada para atender aos resultados de aprendizagem dos estudantes é um aspeto que influencia a eficácia da orientação. Também os estudantes valorizaram nos orientadores os seus conhecimentos e a capacidade de identificarem oportunidades de aprendizagem adequadas às suas necessidades. No mesmo estudo, a chefia do serviço concorda que os orientadores possuíam conhecimento para atender a aprendizagem dos estudantes.

Ainda *Ksora* reforça a necessidade de procurar conhecimento referindo que *“[...] há coisas que temos de ir rever e então procuramos mais conhecimento [...] tentar ensinar e também avaliar [...]”*. A aprendizagem do orientador durante o ensino clínico, pela atualização e transferência de conhecimentos com o estudante – validadas pela

experiência –, é valorizada como um processo de crescimento mútuo (Ribeiro & Prado, 2013; Núñez et al., 2017).

As **competências técnico-científicas de âmbito pedagógico** emergem como uma necessidade e têm sido adquiridas pela iniciativa de alguns entrevistados. *Electra* participou num projeto associado a um estabelecimento de ensino referindo que lhe “[...] *deu bases porque acabou por ser uma ótima partilha de experiências [...] para delinear algumas estratégias enquanto orientadora.*”. Recorda ainda uma situação vivenciada na orientação de um estudante onde realizaram uma “[...] *pesquisa nas bases de dados de artigos com estratégias para os incentivar, como é que devia ser a nossa postura [...]*”. *Bellatrix*, perita e com experiência de orientação, refere ter “[...] *conhecimento de alguns modelos quer de orientação, quer de supervisão e mais recentemente coaching [...]*” e que foi “[...] *estudando algumas teorias, alguns modelos de desenvolvimento, algumas teorias de aprendizagem [...]*”.

Ribeiro e Prado (2013) mencionam que na transformação da experiência profissional em experiências de aprendizagem, o enfermeiro precisa de ter conhecimento pedagógico. Segundo os mesmos autores, o enfermeiro deve reconhecer a importância de desenvolver, o que Shulman (2005) chama de conhecimento base para o ensino e que é composto por sete categorias de conhecimento: conhecimento do conteúdo; conhecimento pedagógico geral; conhecimento do currículo; conhecimento pedagógico do conteúdo; conhecimento dos alunos e suas características; conhecimentos dos contextos educacionais; conhecimentos dos objetivos e valores educacionais. De todas estas categorias de conhecimento, Ribeiro e Prado (2013) destacam o conhecimento pedagógico do conteúdo e o conhecimento pedagógico geral. Ferreira et al. (2018) referem que o conhecimento teórico e prático da didática é o elo de ligação entre a pedagogia e o ensino, pois relacionam as opções pedagógicas com a prática de ensino. Lillekroken (2019) afirma que as competências pedagógicas exigidas ao orientador são complexas, independentemente do contexto de ensino.

Consideramos ainda interessante observar que dois dos enfermeiros peritos e com experiência em orientação referem que o desenvolvimento das competências técnico-científicas o torna “[...] *mais competente para poder ensinar [...]*”, refere *Regor*, e *Alderamim* menciona que “[...] *uma pessoa que não domina claramente a área de intervenção é difícil orientar estudantes.*”, reforçando que “[...] *nós devemos chegar a*

*uma fase em que somos peritos e aí realmente adquirir o estatuto de enfermeiro orientador.”.*

Ribeiro e Prado (2013) concordam com esta relação entre o domínio da prática clínica e a orientação de estudantes quando afirmam que o orientador tem de dominar a prática clínica, bem como os aspetos pedagógicos relacionados com ela, para transformar o cenário profissional num ambiente educacional. Borrallo-Riego et al. (2021) enfatizam que o enfermeiro orientador não se deve limitar apenas à transmissão de conhecimentos e da sua experiência profissional, mas deve orientar os estudantes na construção do conhecimento, estimulando o raciocínio clínico, a reflexão crítica, a autoaprendizagem e a autonomia. Pearson e Hensley (2019), concordam com os autores anteriores e acrescentam que a orientação decorre, simultaneamente, com a prestação de cuidados de qualidade à pessoa e, por isso, é necessário um equilíbrio entre a prática clínica e a função de orientador. Ribeiro e Prado (2013) mencionam ainda que o orientador atua como mediador no processo de aprendizagem, não sendo suficiente o domínio do conhecimento especializado do conteúdo ou da prática. O orientador precisa de mobilizar saberes e estratégias que lhe permitam conduzir este processo para saber ensinar de uma forma que seja compreendido. Paton (2010) e Hill e Melender (2015) referem que a função que os orientadores desempenham no ensino e avaliação dos estudantes em ensino clínico requer conhecimento e experiência clínica de nível avançado, mas advertem que isso não significa que, automaticamente, transforme enfermeiros peritos em orientadores competentes (Gleeson, 2008).

As **competências comunicacionais** são evidenciadas pela maioria dos entrevistados. Estas competências são competências genéricas ou transferíveis de tipo interpessoal, pois englobam capacidades individuais de interação pessoal, social ou de cooperação (González & Wagenaar, 2008; Melo, 2012). As competências comunicacionais emergiram também nos resultados de uma RSL realizada com o objetivo de identificar as competências do enfermeiro orientador, como uma das seis categorias de competências do mesmo (Amaral & Figueiredo, 2021b). *Alderamim*, perito e com experiência em orientação, refere que tem de “[...] estabelecer uma boa capacidade para comunicar com o estudante, eu preciso que ele perceba o que eu estou a comunicar”. Teferra e Mengistu (2017) enfatizam que uma boa comunicação entre os intervenientes no ensino clínico permite obter uma melhor experiência de aprendizagem

para o estudante (Amaral & Figueiredo, 2022). Borrallo-Riego et al. (2021) referem ainda que os estudantes mencionam que as competências de comunicação do enfermeiro orientador fomentam a relação entre ambos. *Regor*, que apresenta o mesmo perfil, acrescenta que “[...] *todos os conceitos que [...] [uso] na nossa comunicação no dia a dia [...] ponho ao serviço da supervisão.*” reforçando que na orientação de estudantes “[...] *a forma como nós comunicamos, como nós chegamos ao outro, o levamos a fazer [...] acho que é meio caminho andado para termos sucesso.*”. A comunicação deve ser aberta, clara, precisa, assertiva, com feedback regular e construtivo entre todos os intervenientes, e deve englobar a comunicação sobre os resultados esperados, os objetivos, as necessidades de aprendizagem do estudante e o seu desempenho e desenvolvimento (Gleeson, 2008; Simões et al., 2008; Happell, 2009; Paton, 2010; Jeggels et al., 2013; Omer et al., 2013; Ribeiro & Prado, 2013; Farooq et al., 2015; Ferreira et al., 2018; Borrallo-Riego et al., 2021; Pearson & Hensley, 2019; Pires & Santos, 2022).

A transmissão de conhecimentos dentro das competências comunicacionais é evidenciada por *Homan* quando refere que “[...] *saber transmitir os conhecimentos de forma simples, mas principalmente perceber que o aluno tem limitações, que ainda não é enfermeiro, que vai ter dificuldades.*”. Lillekroken (2019) refere que uma orientação baseada numa comunicação permanente aumenta o conhecimento e a compreensão dos estudantes, o raciocínio clínico e a capacidade de resolução de problemas (Amaral & Figueiredo, 2022). Pearson e Hensley (2019) valorizam, na promoção da aprendizagem do estudante, a utilização de técnicas de comunicação que demonstrem honestidade, confiabilidade e acessibilidade.

*Bellatrix*, perita e com experiência em orientação, assume a comunicação como facilitadora da gestão de situações em ensino clínico quando refere que “[...] *acabo por gerir bem, gerir as situações [...] de insucessos de estudantes [...] mas muitas vezes é fácil para mim conversar sobre essas situações [...]*”. Simões et al. (2008) referem que a comunicação é fundamental para a formação e para a gestão de emoções dos estudantes de Enfermagem. *Alya* consegue perceber a sua evolução relativamente às suas competências comunicacionais quando verbaliza que “[...] *acho que melhorei muito em termos de comunicação [...] acho que estou muito mais assertiva com eles [estudantes] [...]*”.

Martínez-Linares et al. (2019) valorizam as competências de índole interpessoal, nas características do enfermeiro orientador, como potenciadoras da aprendizagem dos estudantes.

As **competências relacionais** emergem em estreita relação com as comunicacionais, também referenciadas por mais de metade dos entrevistados. Estas são competências genéricas ou transferíveis de tipo interpessoal, pois englobam capacidades individuais de interação pessoal, social ou de cooperação (González & Wagenaar, 2008; Melo, 2012). As competências relacionais emergiram como uma das seis categorias de competências do enfermeiro orientador, numa RSL realizada com o objetivo de identificar as competências do enfermeiro orientador (Amaral & Figueiredo, 2021b), e são também referenciadas por Loughran e Koharchik (2019) como uma das qualificações para ser orientador, à qual ainda acrescentam a sensibilidade cultural.

*Bellatrix*, perita e com experiência em orientação, refere que para ser um bom orientador, para além do domínio das competências técnico-científicas “[...] é importante [...] desenvolver algumas capacidades relacionais [...]”. *Nash* que, apesar de perito, não está disponível para a orientação de estudantes, reforça que as competências relacionais da pessoa podem predispor para o ensino, quando refere que sempre gostou de se “[...] relacionar com as pessoas, de comunicar, de ajudar [...] é mais essa predisposição para isso.”. *Gatria*, que ainda não iniciou o seu percurso enquanto orientador, manifesta que “[...] a capacidade que a pessoa terá de interação com as pessoas [...] acaba por influenciar [...] na vontade de ensinar.”.

Jeggels et al. (2013) valoriza a boa capacidade de comunicação do enfermeiro como fundamental para o estabelecimento das suas competências relacionais. Esta relação deve ser caracterizada como uma relação de compromisso (Gleeson, 2008; Ferreira et al., 2018), complexa (envolve avaliação, preocupação humana e comunicação qualificada) (Paton, 2010), bidirecional (incentivo e atualização recíproca) (Happell, 2009), positiva (Smedley, 2008; Omer et al., 2013;) e que deve ser negociada entre os atores dos dois contextos (Happell, 2009; Jeggels et al., 2013). A relação entre o estudante e o enfermeiro orientador tem o objetivo de fornecer supervisão e feedback sobre as tarefas relativo à prática clínica (Teferra & Mengistu, 2017; Borrallo-Riego et al., 2021; Amaral & Figueiredo, 2022). A relação estabelecida entre o orientador e o estudante deve ser baseada na confiança, na honestidade e no respeito mútuo, para que

os orientadores sintam segurança e satisfação na formação dos estudantes (Núñez et al., 2017; Borralló-Riego et al., 2021). Neste estudo, os orientadores sentem que a relação estabelecida com os estudantes permite um crescimento mútuo, uma vez que os estudantes aprendem e os orientadores ficam satisfeitos por verem o crescimento do estudante após a sua orientação, mas referem também que esta relação é influenciada pela motivação do estudante.

No entanto, estas competências vão-se desenvolvendo, como menciona *Electra* que está a iniciar o seu percurso como orientadora, lembrando o seu percurso enquanto pessoa, estudante e profissional e sentindo “[...] *que a relação com os outros é diferente, porque nós ao longo da nossa profissão somos obrigados a encontrar estratégias na relação [...]*”. Enquanto mediador do processo de ensino-aprendizagem, ao enfermeiro não chega a dominar o conhecimento teórico e prático, precisa saber mobilizar saberes e estratégias para saber ensinar de forma a ser compreendido (Ribeiro & Prado, 2013). Santos et al. (2019) referem que o uso de novas práticas pedagógicas promove o envolvimento dos estudantes, melhora a crítica e o pensamento crítico, reduz a apatia e contribui para a aprendizagem entre pares. A literatura sugere que a formação/treino dos preceptores deva incluir conhecimentos sobre a aprendizagem de adultos (Gleeson, 2008; Jeggels et al., 2013); estratégias de ensino em contexto de ensino clínico (Gleeson, 2008; Jeggels et al., 2013; Ribeiro & Prado, 2013) e estratégias de avaliação (Gleeson, 2008) de forma a promover um bom ambiente de aprendizagem clínica (Gleeson, 2008). Estas estratégias pressupõem a posição privilegiada que os orientadores possuem para construir uma relação de confiança e responsabilidade, que possibilita a transição para o contexto de trabalho (Teferra & Mengistu, 2017). Ainda Lillekroken (2019) refere que as investigações sobre orientadores de estudantes de Enfermagem, em contextos da prática clínica, revelaram que uma relação facilitadora do orientador permite a imersão dos estudantes no contexto por um longo período de tempo.

*Bellatrix* reforça que a “[...] *relação com o estudante vai-se moldando de acordo com as características também do estudante [...]*”, o que nos transporta para um contínuo desenvolvimento. Smedley (2008) refere que o conhecimento sobre estilos de aprendizagem dos estudantes tem emergido na literatura como fundamental para o desempenho do preceptor. Pearson e Hensley (2019) evidenciam que o enfermeiro

orientador também tem de ajustar o seu estilo de ensino ao estilo de aprendizagem e ao desenvolvimento do estudante, até porque pode haver divergências entre os referidos estilos (Loughran & Koharchik, 2019). Pearson e Hensley (2019) sugerem que, numa fase inicial do desenvolvimento do estudante, este necessita de mais orientação e de observar, sendo que os enfermeiros orientadores devem encontrar um equilíbrio entre a partilha de conhecimento e o questionamento de forma a estimular o raciocínio clínico e aumentar a confiança dos estudantes na reflexão sobre as experiências vivenciadas. Recomendam ainda a criação de um plano para integrar o estudante no *workflow* do contexto. Os estudantes que se encontram numa fase de desenvolvimento mais avançada devem ser mais incentivados a desenvolver o seu pensamento crítico (Pearson & Hensley, 2019).

O estabelecimento de uma boa relação com o estudante parece facilitar a aprendizagem do mesmo como evidencia *Alderamim*, perito e com experiência na orientação de estudantes, quando refere que “[...] *o facto de se conseguir estabelecer uma boa relação com o estudante, acaba por [...] minimizar um bocado essa carga psicológica e permitir realmente uma boa aplicação dos conhecimentos teórico-práticos [...]*”. *Electra*, que se encontra no início do seu percurso enquanto orientador, menciona que “[...] *se não há uma boa relação [...] se não há esse bom ambiente, dificulta a nossa aprendizagem [...]. Se nós conseguirmos criar um bom ambiente e dar-lhes conhecimentos eles têm tudo o que precisam.*”.

Lethale et al. (2019) confirmam que uma boa relação, forte e eficaz, entre os orientadores e os estudantes, é um fator que influencia os resultados da aprendizagem nos contextos de prática clínica de forma positiva ou negativa. No estudo realizado por estes autores, os orientadores reconheceram que o bom relacionamento interpessoal nos contextos é um aspeto que afeta a eficácia da orientação. No mesmo estudo, a chefia concorda que o bom relacionamento dos orientadores com o estudante e as boas relações interprofissionais no contexto de trabalho influenciam a orientação de estudantes. Na conclusão do estudo, os autores referem que as boas relações interpessoais e interprofissionais, relatadas pelos estudantes, orientadores e chefia influenciou positivamente a orientação (Amaral & Figueiredo, 2022). Um bom ambiente no contexto de ensino clínico, também relatado pelos mesmos participantes, forneceu oportunidades de aprendizagem aos estudantes de forma a atingirem os

resultados esperados (Lethale et al., 2019). Vários autores valorizam a função do enfermeiro como agente facilitador em ensino clínico, nomeadamente na criação de um ambiente de suporte, em canais de comunicação claros e abertos, na compreensão de técnicas utilizadas para a aprendizagem, e no incentivo, estímulo e motivação ao estudante para a aprendizagem (Simões et al., 2008; Smedley, 2008; Happell, 2009; Omer et al., 2013; Ribeiro & Prado, 2013; Núñez et al., 2017). Quando esta função de ensinar é executada com paixão, o ambiente de aprendizagem torna-se positivo (Smedley, 2008; Jeggels et al., 2013; Omer et al., 2013). A formação dos enfermeiros orientadores é considerada na literatura como essencial para o sucesso dessa estratégia de ensino (Happell, 2009). A literatura sugere que o treino dos preceptores deve incluir o desejo de apoiar e motivar os outros a aprender e a capacidade de mostrar atitudes positivas em relação aos estudantes (Jeggels et al., 2013), de forma a promover um bom ambiente de aprendizagem clínica (Gleeson, 2008). Ainda *Alya* compara a relação do estudante com o utente referindo que “[...] *se a gente conseguir estabelecer uma boa relação com os utentes conseguimos com que eles adiram aos cuidados, e o estudante acaba por ser a mesma coisa.*”.

### ***Síntese***

A subcategoria competências, evidenciada por todos os participantes deste estudo, reúne competências analíticas, técnico-científicas, comunicacionais e relacionais que os entrevistados consideraram como recursos fundamentais no seu processo de desenvolvimento de competências enquanto orientadores de ensino clínico.

Nas competências analíticas emerge a capacidade de metacognição, fundamental para o desenvolvimento de competências, pois pela autorreflexão, para além de possibilitar a identificação das áreas de conhecimento a desenvolver, permite ao indivíduo conhecer o seu próprio processo de aprendizagem. É também valorizada pelos entrevistados a capacidade de análise das suas práticas, quer como enfermeiros, quer como orientadores de estudantes de Enfermagem. A análise das práticas permite a identificação de necessidades de formação, a criação de oportunidades de aprendizagem para o estudante, a promoção da reflexão e do pensamento crítico no estudante, e a idealização e o desenvolvimento de estratégias pedagógicas na orientação de estudantes de Enfermagem. A capacidade de análise do estudante foi demonstrada em vários aspetos,

nomeadamente na análise das suas características individuais, da sua disponibilidade para a aprendizagem, do seu desenvolvimento e aprendizagem, das suas dificuldades e necessidades, e da sua avaliação. Esta análise do estudante proporciona ao enfermeiro a identificação e o estabelecimento de estratégias de orientação mais eficazes, adequando a sua comunicação, transmissão de informação e feedback, assegurando oportunidades de aprendizagem, promovendo a reflexão crítica sobre a prática e o raciocínio clínico para a tomada de decisão, e desafiando e motivando o estudante no seu processo de aprendizagem.

Os enfermeiros que manifestaram maior capacidade de metacognição, análise do estudante e reflexão sobre as suas práticas de orientação tem mais de dez anos de experiência profissional em diferentes contextos. No entanto, apresentam diferenças relativas à qualificação académica, à experiência enquanto professores a tempo parcial num estabelecimento de ensino, à disponibilidade para a função de orientador e à experiência na orientação de estudantes de Enfermagem. Identificam-se ainda outras características comuns à maioria dos enfermeiros deste grupo, nomeadamente a motivação para o ensino, o compromisso para com a profissão e a responsabilidade pela gestão de equipas. Constatámos ainda que os enfermeiros que demonstraram menor capacidade de metacognição, análise do estudante e reflexão sobre a prática de orientação tiveram dificuldade em expressar as estratégias utilizadas na orientação de estudantes de Enfermagem.

Nas competências técnico-científicas é reconhecida a importância do domínio teórico atualizado na área de atuação e a experiência profissional e técnica no contexto de trabalho. Acresce a este aspeto, o conhecimento pedagógico, essencial para transformar a experiência profissional em experiências de aprendizagem para o estudante e para transferir conhecimento teórico para a prática clínica. As competências de âmbito pedagógico foram identificadas no nosso estudo como uma necessidade para conduzir o processo de orientação de estudantes, no sentido de converter cenários profissionais em educacionais.

A importância do domínio teórico e prático da área de atuação é evidenciada por todos os enfermeiros, que afirmam que a propriedade de competências técnico-científicas atualizadas e baseadas na evidência científica possibilitam a fundamentação dos

cuidados prestados e a dinamização da ação durante o ensino clínico com vista a uma melhor aprendizagem do estudante.

As competências comunicacionais, manifestadas por uma comunicação permanente, facilitadora, assertiva, aberta e com feedback regular e construtivo, com enfoque nas necessidades de aprendizagem, desempenho e nível de desenvolvimento do estudante, permitem aumentar o conhecimento, a compreensão e a aprendizagem do estudante, assim como elevar o seu raciocínio clínico e a sua capacidade de resolução de problemas e de gestão de emoções.

As competências relacionais, inerentemente relacionadas com as comunicacionais, são fundamentais para uma orientação eficaz com feedback do desempenho do estudante e possibilitam um maior envolvimento do estudante, um aumento do pensamento crítico e melhores resultados na aprendizagem do estudante. A relação estabelecida entre enfermeiro orientador e estudante é complexa e bidirecional. Ela deve ser de compromisso e responsabilidade, de confiança, de honestidade, forte, eficaz, positiva e facilitadora.

Este recurso endógeno é influenciado, numa primeira instância, pelos processos de socialização primária (contexto familiar e escolar), nomeadamente nas competências comunicacionais, relacionais e analíticas ou reflexivas. Numa segunda instância, e com maior significado, o desenvolvimento das competências como recurso endógeno ocorre de forma mais direcionada para a orientação de estudantes, na socialização secundária (contexto académico, profissional e social), pela valorização no contexto académico e profissional das competências técnico-científicas, comunicacionais, relacionais e analíticas ou reflexivas.

### 4.1.3 – Experiências Vivenciadas

A subcategoria experiências vivenciadas emergiu do discurso de onze participantes e descreve as experiências durante o seu percurso como estudantes em ensino clínico, como enfermeiros orientadores, ao longo da sua vida, e como profissionais no seu contexto da prática clínica. Esta subcategoria surge também de forma consistente com Le Boterf, pois o autor refere que os recursos pessoais incluem as experiências vivenciadas e acumuladas (Le Boterf, 2003).

Relativamente às experiências vivenciadas enquanto estudantes de Enfermagem em contexto de ensino clínico, *Alya* refere que quando orienta estudantes tenta “[...] *sempre lembrar-me daqueles enfermeiros, e aquele brilho nos olhos [...] tento pegar nessas experiências [...]*”, baseando-se em várias coisas, “[...] *na nossa experiência, no que nos foi e a forma como nos foi ensinado [...] nos modelos, ou pelo menos naquilo que eu sinto como poderá ser mais adequado.*”. *Regor*, perito e com experiência em orientação, valoriza o “[...] *nosso percurso como alunos de Enfermagem. As pessoas que nós vamos apanhando [...]*” enfatizando “[...] *o facto de teres gostado muito de ser aluno, o facto de gostares de ensinar, o facto de gostares de partilhar [...]*”.

O recordar de ser estudante é evidenciado num estudo, cujo objetivo era explorar as perceções dos enfermeiros orientadores, como uma atitude positiva, pois os enfermeiros compreenderam que a sua forma de ensinar emerge como reflexo da sua própria prática de Enfermagem (Lillekroken, 2019; Amaral & Figueiredo, 2022). Mink et al. (2019), numa investigação realizada numa enfermaria de treino interprofissional com o objetivo de melhorar a colaboração entre estudantes de medicina e de Enfermagem, sob a supervisão de elementos facilitadores, constataram que, fazendo parte de uma equipa multiprofissional, são desenvolvidas competências multiprofissionais de colaboração, que incluem competências comunicacionais, e ocorre o esclarecimento dos papéis profissionais devido à responsabilidade assumida e à participação nos processos de tomada de decisão.

*Lucida*, que está no início do seu percurso como orientador, refere que vai adaptando a sua experiência relembrando “[...] *o que eu obtive nos estágios, [a] minha experiência toda e ir tentando orientar o aluno nesse sentido [...]*” em especial recorda a sua “[...] *experiência do 4.º ano, do estágio de integração a vida profissional, em que tive um*

*início só de observação [...] e o final em que já estava mais... como se fosse a profissional [...] foi isso que eu também tentei fazer [...]*". Também foi referenciada a observação que estes sujeitos vivenciaram nas suas experiências em ensino clínico. *Rana* afirma mesmo que "*[...] faço com eles foi o que fizeram comigo, foi a promoção da autonomia, apresentar conhecimento [...]*". *Electra* menciona experiências menos positivas referindo que "*[...] ao longo do nosso percurso também temos estágios que não correm tão bem, temos orientadores que sentimos que não estão tão disponíveis, eu acho que na nossa prática não temos outra forma de aprender senão isso, ou então com colegas que são orientadores [...]*".

Estes aspetos relacionados com as experiências vivenciadas pelo orientador enquanto estudante em contexto de ensino clínico, são consistentes com o que afirma Núñez et al. (2017), uma vez que o autor evidencia a importância dada pelos enfermeiros orientadores na transmissão ao estudante da sua vocação, forma de ensinar, postura profissional, da sua forma de praticar Enfermagem (Amaral & Figueiredo, 2022).

Outra consideração que emergiu remete-nos para a imagem do enfermeiro em termos de modelo, neste caso, em termos de modelo de orientação. *Bellatrix*, perita e com experiência em orientação, refere que foi "*[...] tendo influências de vários modelos, quer os modelos teóricos que vamos estudando [...] quer dos modelos em termos do comportamento dos profissionais.*" e *Regor*, também com as mesmas características, enfatiza que o desenvolvimento das competências de orientação "*[...] tem a ver com os modelos que tu vais tendo ao longo dos anos [...] quando és recém licenciado e comesças também a ter alunos em estagio, doutras escolas, no teu campo de trabalho e dás por ti a ensinar e a... levá-los a pensar também, ainda sabes pouco mas já tens aquele intuito [...]*". No entanto *Bellatrix* relembra que o seguimento dos modelos deve ter sempre "*[...] uma grande componente crítica associada [...] ter alguma capacidade crítica e perceber que há opções que podem ser diferentes, e igualmente válidas, ou até mais válidas.*".

Núñez et al. (2017) menciona que a experiência dos estudantes em ensino clínico é influenciada pelo que é transmitido pelo enfermeiro orientador, como os conhecimentos, as técnicas, as práticas, as experiências e o seu próprio comportamento, no fundo pela sua imagem de modelo a seguir. As experiências em ensino clínico promoveram o crescimento pessoal e os processos de socialização dos estudantes, influenciando o

desenvolvimento de competências sociais. Estas experiências contribuem para o desenvolvimento de capacidades de identificação de problemas, gestão de cuidados de Enfermagem e de trabalho em equipa (Okuda & Fukada, 2019). Kitajima et al. (2011) sugerem mesmo a possibilidade de crescimento recíproco entre a experiência prática e as competências sociais (Okuda & Fukada, 2019). No ensino clínico o estudante aprende a lidar com responsabilidades nos cuidados ao doente e desenvolve habilidades de pensamento crítico. Está na fase de iniciado, segundo Benner (Okuda & Fukada, 2019). No CLE não há unidades curriculares relacionadas com métodos de ensino e os enfermeiros não recebem formação especializada (Parvan et al., 2018). Os desafios envolvidos no cuidado ao utente aceleram a autocompensam e promovem a socialização (Okuda & Fukada, 2019).

A ênfase nas experiências de orientação de estudantes é referida por *Homan* quando menciona que “[...] *é através da experiência que vamos ganhando e de todas as situações. Quando existe uma nova, a gente tenta com as competências que já tem a ver se conseguimos de alguma forma movê-las para aquela situação.*”. *Ksora* refere que nota “[...] *mais facilidade agora que chega um aluno, sei o que é que lhe hei de dizer ao início [...] todo este discurso que se calhar não disse a primeira que tive [...]*”.

*Tabari-Khomeiran et al.* (2007), na investigação que realizaram sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, referem que a experiência oferece uma oportunidade para fazer uma ligação entre teoria e a prática, e valorizam a observação e o ouvir os enfermeiros falarem acerca das suas experiências. Na fase de consolidação do desenvolvimento de competências dos enfermeiros, abordada por estes autores, o enfermeiro tenta obter o domínio completo do procedimento, aperfeiçoando o seu desempenho, através da prática repetida e pelo confronto com novas situações desafiadoras (Amaral & Figueiredo, 2022). Na prática e no confronto com novas situações, o enfermeiro utiliza a reflexão para melhorar o seu desempenho. As novas oportunidades desafiam as competências dos enfermeiros, permitindo-lhes analisar o seu desempenho, identificar os seus pontos fortes e limitações, e, a longo prazo, a confiarem nas suas competências. Também *Teferra e Mengistu* (2017) referem que o conhecimento existente para a orientação de estudantes tende a aumentar com a formação do orientador e com a experiência de ensino que o mesmo vai obtendo ao longo do tempo (Amaral & Figueiredo, 2022).

*Regor*, perito e com muita experiência na orientação de estudantes, valoriza a experiência profissional quando refere que “[...] *basicamente a experiência, a experiência que me tem conduzido.*” enfatizando também as experiências vivenciadas ao longo da sua vida, quando valoriza no desenvolvimento do seu percurso enquanto orientador as “[...] *situações vividas, o conhecimento, o investimento que tiveste de fazer em atualizações obviamente, a tua experiência profissional em várias áreas [...]*”, acrescentando que “[...] *nós somos muito o produto do que nós vivemos [...]*”. *Homan*, enfermeiro que não se encontra disponível para orientar estudantes, reforça a importância do seu “[...] *percurso quer académico, quer pessoal [...]*” especificando que será “[...] *através da experiência, através das situações com que lidamos todos os dias, e ao longo da vida [...]* tudo molda a nossa maneira de ser [...]”.

Núñez et al. (2017) confirma que os enfermeiros orientadores dão importância em transmitir aos estudantes a sua experiência pessoal e profissional e até a sua forma de viver. Martínez-Linares et al. (2019), noutra perspetiva, enfatizam a diversidade da experiência profissional como um ponto forte na experiência profissional do enfermeiro orientador. Zuriguel-Pérez et al. (2019) acrescentam que o número de anos de experiência profissional pode ter um impacto positivo no nível de pensamento crítico do enfermeiro, pois este adquire mais conhecimento e desenvolvimento moral, pelas situações vivenciadas, o que pode influenciar a capacidade de análise do enfermeiro orientador (Amaral & Figueiredo, 2022).

### ***Síntese***

A subcategoria experiências vividas é valorizada pelos entrevistados e consistente com a literatura encontrada. Na experiência vivida são valorizadas as experiências vivenciadas pelos orientadores enquanto estudantes de Enfermagem, nomeadamente no que eles perceberam como sendo os enfermeiros modelo nos seus ensinamentos clínicos, e que incorporaram como sendo a forma de ensinar e orientar estudantes de Enfermagem. A sua própria experiência cumulativa na orientação de estudantes, permitiu, pela análise crítica das situações vivenciadas neste processo, que o enfermeiro adquirisse e desenvolvesse estratégias para a melhoria neste processo. Segundo o discurso dos nossos entrevistados e dos autores referenciados, a experiência profissional, em diversos contextos e com diferentes profissionais, e a própria experiência ao longo da vida de

cada um, contribui para uma perspectiva única e singular no desenvolvimento das várias competências mobilizadas aquando do processo de orientação de estudantes de Enfermagem.

As experiências vividas, enquanto recurso endógeno, são influenciadas principalmente pelo processo de socialização secundária (contexto académico, profissional), nomeadamente pelas experiências vivenciadas enquanto estudantes em ensino clínico, pela observação dos pares na orientação de estudantes e pelas experiências de orientação vividas pelos entrevistados. Estes contextos influenciam ainda a motivação para função de orientador, a iniciativa e o compromisso profissional associado à construção identitária.

No entanto, também são enfatizadas as experiências ao longo da vida (contexto familiar, escolar e social) como promotoras da capacidade de adaptação e de competências de comunicação, relacionais, sociais, analíticas e reflexivas.

#### 4.2 – Recursos Exógenos

Na categoria Recursos Exógenos, suportada por todos os entrevistados, sobressaíram duas subcategorias que reportam a recursos humanos: Equipa de Enfermagem e Docente (ver diagrama 10).

Diagrama 10 - Recursos Exógenos



Fonte: autoria própria

#### 4.2.1 – Equipa de Enfermagem

A subcategoria **Equipa de Enfermagem** foi referenciada por todos os participantes e reflete o suporte dado pelos enfermeiros com mais experiência na orientação de estudantes e o suporte dado pelos enfermeiros chefes. Esta subcategoria é sustentada por Le Boterf (2003), pois este considera as competências dos pares e as redes relacionais como recursos do meio.

O suporte dado pelos enfermeiros orientadores com mais experiência é referenciado por vários participantes, ainda que em perspetivas diferentes. *Alderamim*, perito e com experiência em orientação, valoriza a coorientação no sentido em que “[...] *conseguia realmente falar com essa pessoa, e essa pessoa me orientar, ou seja, fazer um processo de supervisão, porque eu acho que a orientação de estudantes, tem de ser mediada por um processo de supervisão, seja por um professor, seja por alguém mais experiente na área que esteja ligado ao próprio contexto clínico [...]*”.

Tabari-Khomeiran et al. (2007), na investigação que realizaram sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, referem que na 3.º fase deste processo – Experiência, os enfermeiros realçam a necessidade de um supervisor que os suporte, valorizando muito o feedback dos especialistas, pois este aumenta a autoestima dos orientadores e, conseqüentemente, o seu desempenho. Esta figura do mediador na orientação de estudantes poderá, segundo Beber et al. (2014), em determinados contextos, estimular a metacognição do enfermeiro orientador. Este mediador pode proporcionar mecanismos de interação e instigar a reflexão sobre as possibilidades e barreiras que devem ser ultrapassadas na procura do autoconhecimento (Beber et al., 2014).

*Lucida* valoriza a equipa referindo que esta “[...] *é a base... depois o facto de haver pessoas já com outro tipo de experiências, já com orientações anteriores, e orientações de vários alunos, de vários anos, se calhar também é outro aspeto positivo [...]*”.

A valorização dos colegas de trabalho como recurso para o desenvolvimento de competências é evidenciada na investigação realizada por Tabari-Khomeiran et al. (2007) sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, especificamente na 2ª fase de desenvolvimento de competências – Fornecimento de requisitos adequados. Os mesmos autores acrescentam que o suporte da equipa, o trabalho em equipa, a

confiança, o respeito e a valorização profissional influenciam esse mesmo desenvolvimento de competências (Amaral & Figueiredo, 2022). Outro estudo realizado que considerámos particularmente interessante, relativamente ao suporte dado pela equipa, foi realizado por MacLaren (2018) e teve o objetivo de explorar as relações de apoio aos enfermeiros orientadores, utilizando a nova técnica de desenvolvimento de constelações, para determinar a natureza do suporte no contexto de trabalho. A autora baseou-se no trabalho desenvolvido por Higgins e Kram (2001) em que foram identificados quatro tipos de redes de suporte: as recetivas, as tradicionais, as oportunistas e as empreendedoras. As redes recetivas apresentam uma relação negativa com a satisfação no trabalho. As redes tradicionais podem ser vistas como favoráveis para as organizações, pois encorajam o compromisso organizacional, bem como a aprendizagem pessoal. As redes oportunistas promovem a aprendizagem pessoal e estão pouco associadas à satisfação no trabalho e as redes empreendedoras estão fortemente ligadas à mudança de carreira, normalmente uma situação de promoção na carreira. A consciencialização deste suporte para a orientação de estudantes no contexto de trabalho é também valorizada por Loughran e Koharchik (2019).

MacLaren (2018) constatou então que equipas de Enfermagem mais amplas estão melhor posicionadas para fornecer apoio e supervisão aos enfermeiros orientadores. Nos resultados da sua investigação, a maioria das constelações encontradas apontam para redes empreendedoras caracterizadas pela presença de relacionamentos fortes com os enfermeiros, que foram caracterizados como inspiradores, que investem no seu crescimento e com funções de apoio e suporte. A autora sugere que as redes de suporte aos enfermeiros orientadores devem ser estáveis, em todos os níveis de orientação, e que são necessários enfermeiros com competências para apoiar o desenvolvimento do enfermeiro orientador (MacLaren, 2018; Amaral & Figueiredo, 2022).

Para além da experiência em vários contextos, um dos enfermeiros valoriza também o conhecimento da equipa, como refere *Nashira*, quando diz que “[...] *para além dos conhecimentos teóricos, e dos conhecimentos, também de imitação de pares, principalmente na urgência trabalhei com muitas pessoas com experiência de orientação e de cuidados, é a questão do conhecimento.*”. O conhecimento é também valorizado por *Talitha*, que ainda não iniciou o seu percurso como orientador de estudantes, mas que valoriza os “[...] *os meus colegas, os que tem mais experiência, são*

*uma ótima fonte de conhecimento, para sempre e em qualquer situação [...]”*. Tabari-Khomeiran et al. (2007) mencionam que a atualização de conhecimentos, a especificidade do serviço e a tecnologia influenciam o desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Outros entrevistados referem aspetos que se prendem com a consultoria a estes enfermeiros. *Homan* refere que quando não está a conseguir gerir uma situação relacionada com a orientação do estudante solicita “[...] *apoio de outras pessoas que possam já ter tido esse tipo de situação...alguém que tenha competências nesse tema específico [...] que possa dar o know-how delas para [...] chegar à resolução da situação nova que temos pela frente.*”. *Saiph*, que está no início do seu percurso como orientador, refere considerar importante ter pessoas “[...] *com mais experiência também na orientação de alunos, a quem uma pessoa tira dúvidas [...] coisas que às vezes não correm bem e uma pessoa tenta fazer diferente [...]*”. *Ksora*, recordando a sua primeira experiência de orientação questionou “[...] *então e agora? O que é que eu vou fazer? Por onde é que vamos começar?*” tendo recorrido aos seus pares “[...] *questionar [...] como é que eu vou começar, com este aluno o que é que eu tenho de fazer?*”. *MacLaren* (2018), na investigação que realizou com o objetivo de explorar as relações de apoio aos enfermeiros orientadores, identificou relações muito fortes e recíprocas com os enfermeiros que ajudaram na resolução de problemas, nomeadamente em situações relacionadas com os estudantes de Enfermagem, o que valida a importância da presença dos pares para o esclarecimento de dúvidas e auxílio na resolução de situações.

*Alya* valorizou o acompanhamento da equipa no seu percurso como orientadora “[...] *porque me senti muito mais acompanhada e tinha esta facilidade de perguntar a um colega que [...] tem uma grande experiência em orientação [...]*”. *Finkler et al.* (2019) referem que o interesse e a disponibilidade da equipa de Enfermagem são aspetos facilitadores na orientação de estudantes (*Amaral & Figueiredo, 2022*). O trabalho de equipa implica a interação de dois ou mais indivíduos, de forma adaptativa, interdependente e dinâmica, considerando um objetivo comum. Exige uma relação avançada entre os profissionais, na resposta a problemas, através do estabelecimento de objetivos comuns, de linhas de comunicação abertas, definição clara de funções e responsabilidades, e de uma rede de relações baseada no compromisso, no respeito e na confiança (*Romeiro & Figueiredo, 2017*).

A observação dos enfermeiros mais experientes enquanto eles exercem as funções de orientação foi abordada por vários entrevistados. *Ksora* refere que na sua primeira orientação “[...] *depois de ver as minhas colegas [...] como elas faziam [...]*” é que acabou “[...] *por ir ganhando estratégias de ver o que é que os outros fazem [...]* enquanto eu me estava a integrar já havia alunos. *Quem me estava a integrar também já teve alunos [...]*”. *Nashira*, *Alderamin* e *Homan*, concordam afirmando respetivamente que “[...] *é pela experiência e pela observação dos colegas [...]*” e que a orientação “[...] *faz-se também pela observação dos outros [...]*” e pela observação de “[...] *outros processos, os outros colegas que orientam e vamos trocando ideias [...]*”. Também *Talitha*, que ainda não iniciou funções como orientador, valoriza a observação mencionando que “[...] *direta ou indiretamente nós observamos sempre algumas coisas [...] conseguimos observar e ver ali qualquer coisa.*”.

Numa investigação realizada por Nuto et al. (2017) com o objetivo de avaliar a disponibilidade para aprendizagens interprofissionais de estudantes do Ensino Superior de diferentes áreas da saúde, constaram que os participantes se mostraram muito disponíveis para a educação interprofissional, principalmente se o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa for iniciado no começo do seu percurso académico e permanecer até ao término do curso. A educação interprofissional refere-se ao desenvolvimento de uma aprendizagem e um treino partilhado entre duas ou mais profissões e tem sido considerada uma metodologia importante para o desenvolvimento de competências gerais (respeito pelas outras profissões, planeamento conjunto, capacidade de tolerância e negociação) e de trabalho em equipa (Nuto et al., 2017).

Verificamos que as competências de trabalho em equipa, valorizadas nos discursos dos nossos participantes, devem ser fomentadas desde o início do seu percurso académico, para que, enquanto profissionais, as continuem a desenvolver e estejam sensíveis e envolvidos no acolhimento à equipa e na promoção de um ambiente adequado ao funcionamento da mesma, que inclua o suporte dos pares, também no processo de orientação de estudantes.

O suporte dado pelos enfermeiros chefes é mencionado por *Nashira* quando fala de uma situação de orientação em que se questionou “[...] *muito sobre o que é que eu poderia falar, fazer mais... falei com a Enf.<sup>a</sup> [chefe], falei com outros colegas [...]*” e ainda por *Talitha*, que apesar de ainda não ter iniciado o seu percurso como orientador, pensa que

pode “[...] *ser facilitador para alguém que vá iniciar ser enfermeiro orientador [...] está num serviço que já tem uma bagagem de enfermeiros orientadores [...] mesmo a chefia não é, ajuda este sentido [...]”*”.

Tabari-Khomeiran et al. (2007), na investigação que realizaram sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, evidenciaram a importância do suporte dado pela chefia do serviço no desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Os autores referem que o comportamento da chefia afeta a motivação e a proatividade do enfermeiro para desenvolver as suas competências. Wu et al. (2017) também realçaram o suporte da chefia nos resultados da sua investigação, uma vez que os chefes assumiram que são o suporte de primeira linha para os enfermeiros orientadores, garantindo a disponibilidade de recursos. No mesmo estudo, também os professores observaram que os chefes forneciam apoio e orientação aos orientadores, contactando os professores se houvesse algum problema (Wu et al., 2017; Amaral & Figueiredo, 2022). Os enfermeiros chefes não têm só uma função importante na criação de uma cultura de aprendizagem positiva nos contextos de prática clínica, mas têm também a função de manter o compromisso e um suporte consistente para os enfermeiros orientadores e para o sucesso da orientação (Hegenbarth et al., 2015; Wu et al., 2017; Loughran & Koharchik, 2019).

Lethale et al. (2019) concordam que os enfermeiros chefes criam circunstâncias promotoras de uma cultura positiva, acrescentando que devem promover também relações interpessoais entre a equipa e os estudantes de forma a influenciar a aprendizagem dos estudantes (Amaral & Figueiredo, 2022). Loughran e Koharchik (2019) evidenciam ainda a importância da disponibilidade do enfermeiro chefe na contribuição com informações adequadas aos objetivos do ensino clínico e às próprias necessidades de aprendizagem dos estudantes. Desta forma os enfermeiros chefes exerceram uma influência indireta no ensino clínico, influenciando a relação pedagógica da equipa de Enfermagem na orientação de estudantes (Lethale et al., 2019). O desenvolvimento da equipa de Enfermagem, pela educação contínua, pode garantir a preparação adequada de orientadores (Rogan, 2009). Zuriguel-Pérez et al. (2018) afirmam que a liderança na gestão de Enfermagem é essencial e envolve atividades de ensino e orientação dos enfermeiros e a criação de um ambiente ideal para atingir melhorias na qualidade dos cuidados. Loughran e Koharchik (2019) referem que, para a

orientação de estudantes, os enfermeiros orientadores necessitam de um ambiente de trabalho favorável, que considere as suas expectativas e que clarifique as suas responsabilidades.

Esta gestão requer capacidades e competências específicas, como o pensamento crítico, que são necessárias para garantir a segurança dos utentes, a qualidade dos cuidados e para criar ambientes que promovam o pensamento crítico, com conseqüente aumento da satisfação no trabalho e elevação dos padrões de cuidados de Enfermagem. Os enfermeiros chefes estão assim numa posição ideal para promover o desenvolvimento de pensamento crítico na sua equipa de Enfermagem e a sua aplicação na prática clínica (Zuriguél-Pérez et al., 2018).

### *Síntese*

A subcategoria equipa de Enfermagem é evidenciada pelo suporte dado pela equipa de Enfermagem e pelo enfermeiro chefe no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador. A necessidade de supervisão do processo de orientação enfermeiro orientador/estudante, por uma pessoa mais experiente, o apoio e disponibilidade da equipa para o esclarecimento de dúvidas e o recurso à mesma para resolução de situações com o estudante é suportado pela literatura encontrada. A valorização da relação de suporte de pares, com competências complementares é fundamental para o desenvolvimento dos enfermeiros orientadores. Este suporte pela equipa no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador considera o conhecimento partilhado com a equipa e a experiência da mesma, que os enfermeiros orientadores valorizam, observam e imitam nas suas práticas. A função do enfermeiro chefe é também valorizada, nomeadamente no estímulo do pensamento crítico nos enfermeiros da equipa e na promoção de um ambiente de aprendizagem positivo.

O suporte da equipa de Enfermagem, enquanto recurso exógeno, é referenciado por todos os participantes, com exceção de um enfermeiro, que ainda não iniciou as funções de enfermeiro orientador, e de outro perito, com experiência na orientação de estudantes e com experiência enquanto professor a tempo parcial num estabelecimento de ensino.

#### 4.2.2 – Docente

A subcategoria Docente foi referenciada por nove entrevistados e reporta-se ao suporte dado pelo docente aquando do processo de orientação de estudantes de Enfermagem. Esta subcategoria é primeiramente sustentada por Le Boterf (2003), pois o autor considera como recursos do meio as competências de pares, as redes relacionais e a cooperação científica e de peritos, onde se insere o docente do estabelecimento de ensino. Arantes et al. (2018) valorizam o professor como responsável pela formação do indivíduo, tanto a nível social como na formação da sua identidade.

A mediação do processo é valorizada por *Alderamim*, perito e com experiência de orientação, quando refere que “[...] *a orientação de estudantes, tem de ser mediada por um processo de supervisão, seja por um professor, seja por alguém mais experiente na área que esteja ligado ao próprio contexto clínico.*”, valorizando a presença de “[...] *um elo de ligação, entre realmente o que é que é a orientação do estágio, o que é que é realmente a teoria lecionada a nível da escola [...]*” e reforçando que “[...] *os próprios orientadores sentem necessidade de que exista esse elo de ligação.*”.

Wu et al. (2017) corroboram o processo de supervisão referido por este entrevistado, quando mencionam que a supervisão da relação orientador/estudante, o apoio ao enfermeiro em termos pedagógicos e de avaliação de estratégias, a promoção de discussões pedagógicas e da prática clínica promovem o crescimento profissional (Amaral & Figueiredo, 2022). Noutra investigação realizada por Wu et al. (2016), os docentes reconheceram a necessidade de uma comunicação sustentada e de orientação dos enfermeiros. Zawaduck et al. (2014) acrescentam que o docente deve estar atento ao desenvolvimento do enfermeiro, considerando a sua individualidade como enfermeiro e como orientador, ponderando intervenções individualizadas e padronizadas que beneficiem o orientador e, conseqüentemente, o estudante. Arantes et al. (2018) enfatizam que a inteligência emocional do docente e a parceria são fundamentais para o desenvolvimento das suas competências interpessoais, que vão permitir a compreensão das complexas relações entre os indivíduos, melhorando as suas intervenções e o seu desempenho.

As competências interpessoais do docente são, então, imprescindíveis para ele se conseguir relacionar com o enfermeiro orientador e compreender as dinâmicas que estão

a ocorrer no processo de orientação do estudante de Enfermagem, de forma a conseguir intervir e mediar a orientação do enfermeiro e a própria relação entre o enfermeiro orientador e o estudante.

Outros enfermeiros reforçam a necessidade do suporte por parte da escola e docentes, como refere *Homan* pelo pedido de “[...] apoio de outras pessoas que possam já ter tido esse tipo de situação, ou até à escola [...]”, e *Gatria* pela maior presença do “[...] orientador da escola se tivesse um bocadinho mais presente, ou se tivesse mais intervenções, já era importante também para a minha parte, como também para o aluno.”, pela maior “[...] preocupação maior por parte das escolas em vir, em saber, em perguntar [...]”.

O apoio dado pelo docente é evidenciado por *Wu et al. (2017)* quando referem que o suporte contínuo dos professores aos enfermeiros orientadores e estudantes enriquece a tutoria e as experiências de aprendizagem. *Loughran e Koharchik (2019)* especificam ainda a importância da disponibilidade para fornecer informações adequadas aos objetivos do ensino clínico e à aprendizagem dos estudantes. Também *Rodrigues et al. (2014)* mencionam que as relações positivas que se estabelecem entre o docente, enfermeiro orientador e estudante contribuem para a integração e promovem o desenvolvimento da reflexão crítica do estudante. *Wu et al. (2017)* evidenciam que os enfermeiros chefes reforçam que as visitas do professor fornecem suporte para os enfermeiros e para os estudantes (*Wu et al., 2017; Amaral & Figueiredo, 2022*). *Ribeiro e Prado (2013)* enfocam que o enfermeiro conta com o apoio do professor enquanto orientador académico, responsável pela implementação do projeto pedagógico. Acrescentam que este deve ter *expertise* da prática pedagógica, além de outros saberes como o conhecimento dos estudantes, dos valores educacionais, do currículo e do contexto educativo. *Zawaduck et al. (2014)* especificam que os enfermeiros iniciados tendem a pedir apoio e orientação para identificar situações de aprendizagem, enquanto os enfermeiros competentes tendem a solicitar o auxílio do professor para fornecer feedback.

Em relação à interligação entre a escola e os orientadores, *Saiph* menciona que “[...] devia haver uma maior interligação entre a escola e os orientadores”. *Alya* pensa que a escola acaba por confiar no trabalho desenvolvido pelos enfermeiros orientadores, mas

*“[...] depois falta [...] o professor vir mais vezes ao estágio, isso sim, isso eu senti falta.”.*

A importância desta interligação e presença do docente no contexto de ensino clínico é evidenciada por Zawaduck et al. (2014) quando refere que a experiência e liderança do professor na gestão de situações complexas, para além de diminuírem o stress do estudante e do enfermeiro, incrementam a confiança nesta tríade e nas instituições de saúde, consolidando o potencial para parcerias na área educativa e na investigação. No estudo realizado por Rodrigues et al. (2014), os enfermeiros orientadores manifestaram que não estavam esclarecidos em relação ao conteúdos e objetivos dos ensinamentos clínicos. As autoras acrescentam que deve haver um maior envolvimento, com a iniciativa das instituições de ensino na participação dos diversos atores na integração do ensino nos contextos. Finkler et al. (2019) acrescentam que o enfermeiro orientador deve ter subsídios para uma orientação qualificada, como formações e reuniões com os professores, valorizando a necessidade de presença do docente no início do ensino clínico e de formação pedagógica e técnica para a função de orientador (Amaral & Figueiredo, 2022). Também Shogi et al. (2019) sugerem workshops conjuntos e treino de competências para capacitar os enfermeiros orientadores, criando contextos de aprendizagem mútua. Ainda Zawaduck et al. (2014) reforçam que o relacionamento do docente com o orientador contribui para uma parceria forte que sustenta os contextos de EC e promove cuidados seguros.

O recurso ao docente para a resolução de intercorrências em ensino clínico foi mencionado por *Nashira* que, depois de recorrer à enfermeira chefe, referiu que *“[...] acabei por falar com a professora orientadora e ela acabou por não concluir o estágio.”*, e também por *Electra* que, após várias tentativas para resolver a situação, acabou por *“[...] depois falei com a professora claro.”*. *Rana* relembra uma situação em ensino clínico em que necessitou de contactar o professor e ele foi *“[...] sempre muito disponível [...] vir cá todas as semanas, de ligar a ver [...] como é que estavam a correr as coisas, de me explicar o que é que era esperado naquela semana o aluno atingir, por isso para mim foi um grande apoio [...]”*.

A observação do comportamento dos professores é também evidenciada por Zawaduck et al. (2014) como importante na socialização profissional.

Num estudo realizado por Zawaduck et al. (2014), os autores referem que as atividades cotidianas do docente são fundamentais para o sucesso da preceptoria. Estas atividades englobam a prática da orientação, a promoção da compreensão e o relacionamento, sempre com uma atenção contínua ao desenvolvimento do enfermeiro. Os autores mencionam ainda que os professores eficazes devem equilibrar a comunicação, a observação e as intervenções de acordo com as necessidades de aprendizagem do enfermeiro e do estudante, devendo por isso utilizar estratégias baseadas numa comunicação hábil, que considerem as expectativas de desempenho e permitam a gestão de conflitos e a manutenção de relacionamentos profissionais (Zawaduck et al., 2014).

A comunicação entre o professor e o orientador deve incluir o nível esperado de evolução do estudante, as experiências de aprendizagem e a introdução gradual de novas situações clínicas cada vez mais complexas. Os professores devem constituir-se como um parceiro disponível e de confiança que oferece consultoria especializada para os orientadores e para os estudantes, auxiliando a gerir situações imprevisíveis de aprendizagem (Zawaduck et al., 2014). Lethale et al. (2019) referem que o estabelecimento de uma boa relação interpessoal e interprofissional entre professor e orientador é importante para influenciar a orientação de forma positiva. O apoio ao orientador é também evidenciado por estes autores, considerando-o como um fator que influencia a qualidade do ambiente de aprendizagem (Amaral & Figueiredo, 2022).

Tabari-Khomeiran et al. (2007) no estudo que realizaram sobre o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, valorizam o ambiente como sendo um fator que afeta o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Os autores mencionam, dentro do ambiente, fatores físicos e emocionais que podem encorajar, ou não, os enfermeiros na sua trajetória de desenvolvimento de competências. A disponibilidade e a experiência do professor enquanto elemento facilitador na resolução de problemas e de suporte ao desenvolvimento do orientador são considerados por Zawaduck et al. (2014) como aspetos essenciais, acrescentando ainda que o conhecimento e a proficiência dos professores sobre a prática, o ensino e a orientação contribuem para facilitar o desenvolvimento do estudante e do orientador.

Núñez et al. (2017) refere que tem aumentado a ênfase na literatura sobre a necessidade de haver suporte aos orientadores, como programas de formação e modelos de orientação que providenciem ferramentas para o exercício da função de orientador. O

desenvolvimento profissional dos elementos desta tríade, segundo Zawaduck et al. (2014), é influenciado por professores modelo caracterizados por abordarem a orientação com um espírito de investigação e como uma oportunidade para a partilha e o desenvolvimento de conhecimento. O sucesso da orientação depende do trabalho de parceria entre professor, enfermeiros chefes e enfermeiros orientadores (Lethale et al., 2019).

Barbosa et al. (2016) realizaram uma investigação com o objetivo de refletir sobre as concepções do enfermeiro que leciona aulas no Ensino Superior, sobre a sua identidade como professor e sobre a sua formação. As autoras referem que estes professores enfatizam a formação como uma estratégia fundamental para a sua atualização profissional e o desenvolvimento de competências para melhorar a sua prática como professores, sempre num processo de reflexão contínua sobre a sua própria prática.

### *Síntese*

A subcategoria docente emerge como recurso no discurso dos nossos entrevistados, pelos seus conhecimentos (teóricos, do estudante, do currículo, contexto educativo, da prática, de ensino e de orientação), pela sua *expertise* na prática pedagógica, pela sua experiência e capacidade de liderança na gestão de situações complexas e imprevisíveis, e pela sua capacidade de estimular a reflexão sobre as práticas e sobre as experiências de aprendizagem. O suporte pedagógico ao enfermeiro orientador, numa perspetiva de disponibilidade e parceria, enriquece o processo de orientação, aumenta a qualidade do ambiente de aprendizagem, incrementa o crescimento profissional do orientador, mas, principalmente, promove o desenvolvimento do enfermeiro enquanto orientador de estudantes de Enfermagem.

O suporte do docente é mais evidenciado por entrevistados que não têm experiência na orientação de estudantes e por enfermeiros orientadores que estão numa fase inicial do seu percurso, numa perspetiva de resolução de situações que não conseguiram solucionar com o suporte da equipa. No entanto, a sua importância na mediação do processo de orientação é evidenciada por um participante perito, com experiência em orientação de estudantes e que colabora como professor num estabelecimento de ensino.

## **5. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR: MODELO EXPLICATIVO**

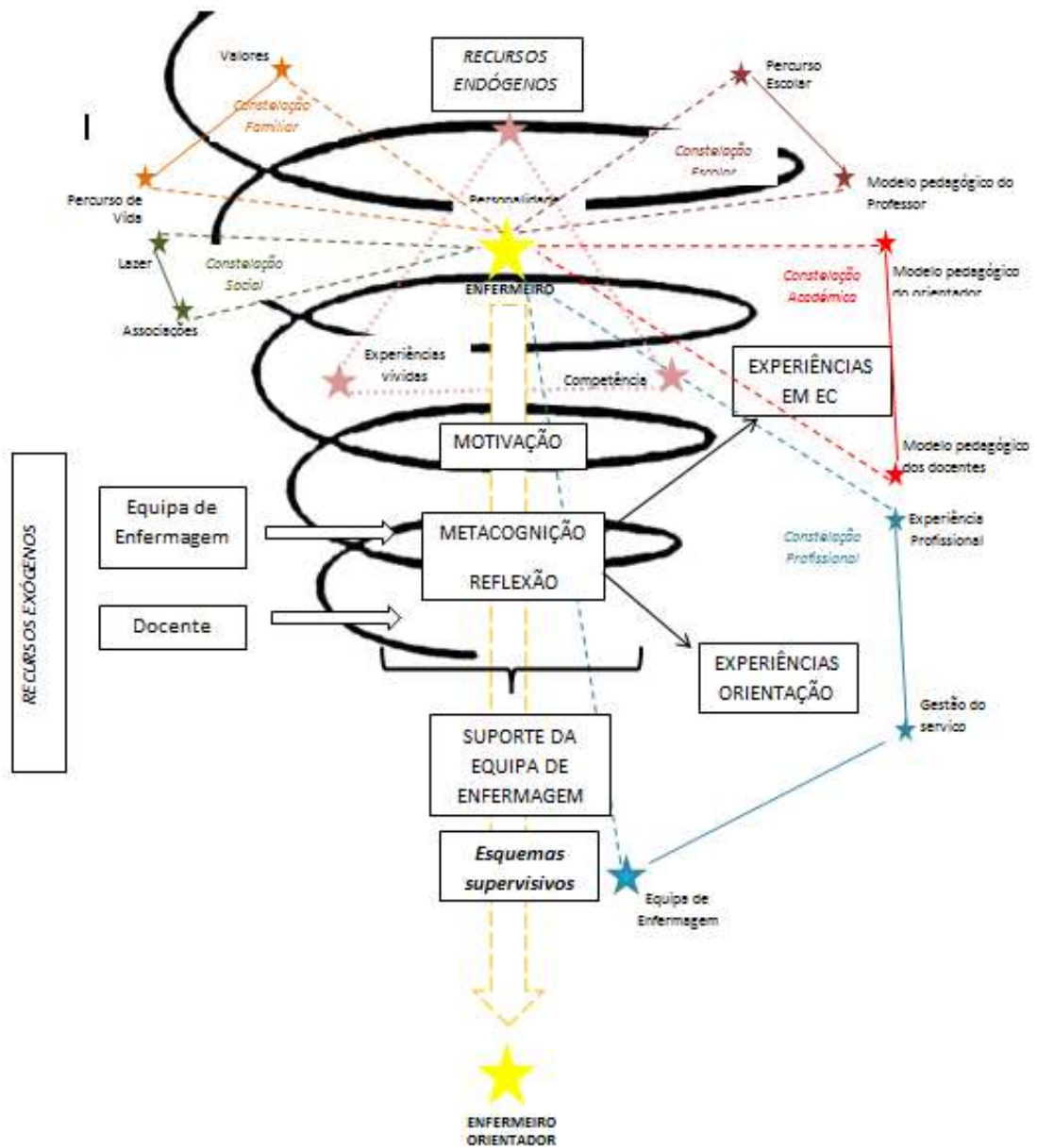
O desenvolvimento de competências implica um saber agir responsável e reconhecido perante uma situação, que se traduz numa ação. Para que uma pessoa possa agir com eficiência precisa selecionar, mobilizar, integrar e transferir recursos (conhecimentos, habilidades, noções, informações, procedimentos, métodos, técnicas, processos), considerando as suas aprendizagens pessoais (biografia e socialização), formação educacional (valores, atitudes e saberes) e experiência profissional. O desenvolvimento de competências ocorre num determinado contexto profissional, é sujeito a um sistema de avaliação e assenta na experiência e na reflexão.

O processo de construção de competências implica a formação de esquemas com mobilização de recursos cognitivos para o agir com eficiência na ação. Estes esquemas de mobilização constroem-se com treino, pela renovação das experiências, e desenvolvem-se e estabilizam-se na prática. A qualidade das competências depende, em parte, da qualidade da combinação e mobilização dos recursos endógenos e exógenos.

O modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes de Enfermagem do curso de licenciatura em contexto hospitalar, nos contextos onde foi realizado este estudo, é apresentado sobre a forma de constelações (ver diagrama 11), baseado no estudo realizado por MacLaren (2018), que utilizou a técnica de desenvolvimento de constelações para explorar as relações de apoio aos enfermeiros orientadores e determinar a natureza do suporte aos mesmos nos contextos de trabalho.

As constelações representam redes de desenvolvimento, centradas no enfermeiro orientador, que permitem compreender a relação (número de relações), a força (significado, motivação, definição) e os atributos da relação (propriedades e características dos relacionamentos).

Diagrama 11 - Modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico



Fonte: autoria própria

O enfermeiro, ao longo do seu percurso de vida, é sujeito ativo nos processos de socialização primária e secundária. Estes processos influenciam os **recursos endógenos** que o enfermeiro irá mobilizar no processo de aquisição e desenvolvimento de competências enquanto orientador de estudantes de Enfermagem.

O impulso para o início do processo de desenvolvimento de competências é a **motivação**, o *querer agir*, fundamental no processo do desenvolvimento de qualquer competência. Este *querer envolver-se* ocorre dentro de um contexto profissional, ou com a experiência em diferentes contextos que têm características singulares, nomeadamente a equipa de Enfermagem que se revela imprescindível no suporte do enfermeiro no início deste processo. Em cada contexto, o enfermeiro motivado observa os pares a orientar estudantes de Enfermagem e, simultaneamente, reflete sobre as suas experiências em ensino clínico e sobre os modelos pedagógicos dos enfermeiros orientadores que teve. Nesta fase, o enfermeiro começa a recrutar alguns dos seus recursos endógenos e exógenos que, posteriormente, seleciona e mobiliza para a sua primeira experiência de orientação.

Na primeira **experiência de orientação de estudantes de Enfermagem**, o enfermeiro seleciona, mobiliza e integra os seus recursos endógenos para a situação específica que está a vivenciar na orientação do estudante, ou seja, para a ação de orientar. Nesta mobilização para a ação, ele estrutura, reestrutura e combina os recursos, construindo os primeiros *esquemas supervisivos*, de forma a agir com eficiência na ação, no fundo para agir com competência perante aquela situação de orientação. Neste processo, mais uma vez, é fundamental o apoio e o suporte dado pela equipa de Enfermagem do contexto profissional.

A reflexão sobre as sucessivas experiências de orientação, através da **metacognição**, irá permitir ao enfermeiro, numa próxima situação, mobilizar os *esquemas supervisivos* elaborados e integrados, adicionando recursos, construindo e reconstruindo esquemas cada vez mais ricos e complexos que, pela sua flexibilidade, podem ser transferidos para cada nova situação de orientação.

A ancoragem deste processo na **equipa de Enfermagem** do contexto é fundamental, por se assumir como modelo, pelo apoio no esclarecimento de dúvidas/questões e pelo suporte nas estratégias de orientação a mobilizar e a transpor para cada situação nova que emerge no processo de orientação.

Durante o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador emergem, então, **momentos-chave** do seu percurso pessoal, académico e profissional:

- A motivação para o ensino;
- A reflexão sobre as experiências que o enfermeiro vivenciou em contexto de ensino clínico enquanto estudante de Enfermagem, nomeadamente a observação e reflexão sobre o Modelo pedagógico do enfermeiro orientador e a sua perceção enquanto *modelo*, sobre o processo de orientação e sobre o ensino clínico de integração à vida profissional;
- A metacognição sobre as experiências do enfermeiro enquanto enfermeiro orientador, identificando na primeira experiência de orientação as suas limitações e a necessidade de aprofundar competências técnico-científicas. Desta reflexão emerge ainda a evolução da construção e reconstrução do seu próprio modelo pedagógico, adaptando e desenvolvendo competências comunicacionais e relacionais, e estratégias pedagógicas pela estruturação, combinação e transposição de esquemas supervisivos flexíveis. Nesta reflexão importa ainda salientar a singularidade de cada estudante e as interações que ocorrem durante a orientação, que também influenciam os esquemas supervisivos que vão sendo construídos e reconstruídos;
- O suporte da equipa de Enfermagem (nomeadamente pela sua disponibilidade e experiência na orientação de estudantes), onde, numa fase inicial, o enfermeiro centra a sua observação, mas a quem posteriormente recorre para esclarecimento de dúvidas e colocação de questões para fundamentar a sua reflexão sobre o processo de orientação.

Neste processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador identificámos também **momentos de rotura**, nomeadamente:

- Ausência de reconhecimento profissional, independentemente do investimento científico e académico realizado pelos enfermeiros, que induz à ausência de motivação para a função;
- Ausência de reconhecimento da função de enfermeiro orientador pelas instituições de saúde e pelos estabelecimentos de ensino, que acarreta aumento de

trabalho e de responsabilidade por parte do enfermeiro, sem acréscimo económico ou disponibilidade de tempo para a função;

- Experiências em ensino clínico enquanto estudantes do CLE de escolas privadas, nomeadamente pela dificuldade na disponibilidade de locais para a realização dos ensinos clínicos e pelas experiências de acolhimento negativas que provocaram sentimentos de pressão para atingir os mesmos objetivos de ensino clínico.

Apresentamos, de seguida, uma perspetiva mais integradora do modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de estudantes de Enfermagem do CLE em contexto hospitalar.

Conforme referimos anteriormente, o enfermeiro, durante o seu desenvolvimento pessoal e profissional, interage de forma dinâmica com os contextos de socialização primária e secundária. Estes processos de socialização influenciam os recursos endógenos do enfermeiro.

Os **recursos endógenos** que emergiram deste estudo – a personalidade, as competências e as experiências vividas – foram sendo adquiridos e desenvolvidos de forma simultânea, complementar e progressiva ao longo dos processos de socialização primária e secundária, pela interação relacional que envolve a pessoa, futuro enfermeiro. Este processo de construção e reconstrução da personalidade e da identidade implica um compromisso ativo, de autodesenvolvimento e de reflexão, numa perspetiva dinâmica de transformação pessoal.

A personalidade constrói-se pela interação entre as características inatas do indivíduo e o ambiente social, através de processos de socialização. A influência da constelação familiar é valorizada, considerando a constelação social e o contexto cultural em que o enfermeiro está inserido, no desenvolvimento de competências sociais e emocionais. As características individuais do enfermeiro revelaram-se importantes no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, nomeadamente no âmbito da relação, da gestão de conflitos e na resposta a desafios. A motivação para ensinar, a iniciativa pessoal, nomeadamente na procura de conhecimento, a assertividade, a empatia e a disponibilidade para a função, foram características evidenciadas como recursos para o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador. Outras características foram também referidas como a responsabilidade, a capacidade de observação, a curiosidade, a intuição, a autonomia e a autoconfiança.

As competências valorizadas como recursos fundamentais para o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador englobam competências analíticas, técnico-científicas, comunicacionais e relacionais.

Nas competências analíticas emerge a capacidade de metacognição, de análise das práticas e de análise do estudante. A metacognição, capacidade para a autorreflexão sobre o processo de aprendizagem, releva-se fundamental para o desenvolvimento de competências, pois permite a identificação de áreas de conhecimento a desenvolver e a compreensão da forma de aprendizagem. A capacidade de análise das práticas, quer como enfermeiros, quer como orientadores de estudantes de Enfermagem, possibilita o reconhecimento de necessidades de formação, a conceção de oportunidades de aprendizagem para o estudante, o estímulo para a reflexão e para o pensamento crítico, e a idealização e o desenvolvimento de estratégias pedagógicas. A capacidade de análise do estudante permite ao enfermeiro a identificação e o estabelecimento de estratégias de orientação mais eficazes, ajustando a sua comunicação, a transferência de informação e o feedback, garantindo oportunidades de aprendizagem, promovendo a reflexão crítica sobre a prática e o raciocínio clínico para a tomada de decisão, e estimulando e motivando o estudante no seu processo de aprendizagem.

A metacognição emerge como um aspeto fulcral para o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador. A autorreflexão sobre o processo de aprender a ser orientador, o desenvolvimento da sua capacidade de análise do estudante e a reflexão sobre as experiências de orientação cumulativas, identificando e assumindo as suas limitações e as estratégias utilizadas, permitem a aquisição e o desenvolvimento de esquemas supervisivos que vai mobilizando, integrando e transferindo nas futuras experiências de orientação.

As competências técnico-científicas implicam o reconhecimento do domínio teórico atualizado na área de atuação e a experiência profissional e técnica no contexto de trabalho. O conhecimento pedagógico assume também relevo, pois é fundamental para transformar a experiência profissional em experiências de aprendizagem para o estudante e para trasladar o conhecimento teórico para a prática clínica.

As competências comunicacionais permitem ampliar o conhecimento, a compreensão e a aprendizagem do estudante, assim como aumentar o raciocínio clínico, a capacidade de resolução de problemas e de gestão de emoções.

As competências relacionais, intrinsecamente associadas às comunicacionais, são fundamentais para uma orientação eficaz com feedback do desempenho do estudante e proporcionam maior empenho, incremento do pensamento crítico e melhores resultados na aprendizagem. Como já foi referido, as competências comunicacionais e relacionais são também influenciadas pelos aspetos inerentes à personalidade de cada enfermeiro, mas são também desenvolvidas no contexto académico e profissional. Estas competências são também influenciadas pela experiência do enfermeiro na gestão de equipas, pelo desenvolvimento nestas funções da capacidade de gerir conflitos, recursos humanos e cuidados. Os enfermeiros afirmam que esta capacidade de gestão promove a autonomia e a tomada de decisão, incrementando a forma como se relacionam com o estudante no processo de orientação.

Nas experiências vividas são valorizadas as situações que o enfermeiro conheceu enquanto estudante de Enfermagem, nomeadamente as experiências em ensino clínico e a perceção dos enfermeiros orientadores *modelo*, e que estes integraram como sendo a forma de ensinar e orientar estudantes de Enfermagem. Também emerge a própria experiência acumulativa na orientação de estudantes, pela reflexão sobre as práticas de orientação e desenvolvimento de estratégias para a melhoria do processo. Igualmente, é reconhecida a importância da experiência profissional em diferentes contextos e equipas multiprofissionais e a experiência individual ao longo da vida, como contributo numa perspectiva singular para o desenvolvimento de competências sociais, analíticas, técnico-científicas, comunicacionais e relacionais que são mobilizadas aquando do processo de orientação de estudantes de Enfermagem.

A mobilização deste recurso endógeno depende da capacidade de metacognição do enfermeiro. A análise das experiências enquanto estudante em ensino clínico, do Modelo pedagógico adotado pelo enfermeiro orientador e até da observação das práticas de orientação nos contextos onde realizou os ensinamentos clínicos, permitem a identificação de atitudes e estratégias facilitadoras, mas também de métodos menos adequados, que após reflexão o enfermeiro poderá assumir e integrar nos seus esquemas supervisivos na orientação de estudantes. A reflexão contínua e sistemática (enquanto decorre a orientação do estudante) sobre a experiência de orientação, as estratégias utilizadas, as necessidades e dificuldades do estudante, a evolução da sua aprendizagem, o feedback construtivo, é imprescindível para a seleção dos recursos e a transferência dos mesmos

para a situação. Revela-se também fundamental a consciencialização do enfermeiro orientador sobre a importância da reflexão sobre a prática de orientação para o seu desenvolvimento de competências.

Os recursos endógenos, como já foi referido, apresentam-se como triângulo central e são influenciados pelos processos de socialização primária e secundária, que ocorrem durante o percurso de vida do enfermeiro. Os recortes de natureza educacional e profissional englobam, assim, as constelações familiar, escolar, social, académica e profissional, que traduzem estes processos de socialização.

Na socialização primária é patente a importância das **constelações familiar e escolar** como fonte de recursos para a construção da personalidade e para o desenvolvimento de competências de âmbito relacional e social. Na família emergem os valores transmitidos, as emoções e a visão do mundo refletida nos seus percursos de vida. Na escola, o percurso escolar e o modelo pedagógico dos professores promovem o desenvolvimento de competências exigidas pela sociedade, mas também o desenvolvimento da pessoa enquanto ser social. Os valores transmitidos pela família e os seus percursos de vida, o percurso escolar e a postura dos professores do ensino básico (2.º e 3.º ciclos) influenciam o desenvolvimento psicológico e social do futuro enfermeiro. Vários aspetos foram referenciados neste desenvolvimento, nomeadamente a promoção do autoconhecimento, da autoimagem, da autoconfiança, da autoestima, da autonomia, da estrutura emocional, da empatia, da iniciativa, da responsabilidade e da verdade. Também foi apontado o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, analíticas e reflexivas, de organização/gestão de prioridades e de trabalho de equipa.

Nos processos de socialização secundária emerge, de uma forma intrínseca, o desenvolvimento de uma identidade profissional, pelas interações entre as características pessoais do futuro enfermeiro, as suas experiências de vida e o contexto profissional. No caso específico da Enfermagem, a socialização profissional inicia-se no CLE, com as interações com os vários agentes de socialização da instituição de ensino e dos contextos onde decorrem os ensinamentos clínicos, e prolonga-se ao longo do percurso profissional do enfermeiro.

As experiências vivenciadas na **constelação social** promovem o autodesenvolvimento do futuro enfermeiro/enfermeiro e o desenvolvimento de competências sociais, com

capacidades e elementos de competência intrínsecos, que favorecem a capacidade de comunicação, de relação, de análise, de reflexão e de resolução de problemas. O desenvolvimento da automotivação, da iniciativa, da autoconfiança, da autoestima e da responsabilidade também são evidenciados. Estes aspetos são importantes numa perspectiva de desenvolvimento de competências que vão ser mobilizadas na orientação de estudantes em ensino clínico e fomentam princípios inerentes ao desenvolvimento de competências de trabalho em equipa, de relação e até pedagógicas.

A **constelação académica** emerge como espaço de socialização profissional e construção identitária. As vivências dos futuros enfermeiros durante o CLE, quer na academia quer nos contextos de ensino clínico, evidencia aspetos relacionados com o modelo pedagógico do docente e do enfermeiro orientador que influenciaram o seu desenvolvimento pessoal, profissional e social.

A relação estabelecida entre o docente e o estudante é fundamental para uma aprendizagem mais construtiva que promova motivação, um maior desenvolvimento profissional e um incentivo à reflexão e ao pensamento crítico. A postura que os docentes adotam com os estudantes são absorvidas pelos mesmos através da observação. A literatura confirma a importância de uma postura mais positiva do docente do CLE, enquanto perito, agente facilitador e modelo, que fomente relações efetivas que promovam não só a aprendizagem, mas também a construção de uma identidade pessoal, profissional e social. Nesta postura são valorizadas a disponibilidade, a inteligência emocional, a empatia, a confiança, a criatividade, a capacidade para motivar os estudantes, a capacidade de comunicação e relacional, a capacidade de reflexão e de promover o pensamento crítico e reflexivo nos estudantes, a capacidade de transmitir valores sociais e a perícia.

O modelo pedagógico do enfermeiro orientador de ensino clínico deve englobar, conforme o relatado na literatura, disponibilidade para a função, proximidade com o estudante e demonstração de perícia na área de atuação, e fomentar o entusiasmo com a profissão. O enfermeiro orientador deve também ser um elemento facilitador e promover um ambiente de respeito e de confiança no acolhimento e integração do estudante no contexto de ensino clínico. O futuro enfermeiro, pela observação do enfermeiro orientador e pelo reconhecimento deste como modelo, assimila os seus comportamentos, o seu raciocínio, os seus valores, as suas competências

comunicacionais, relacionais e técnico-científicas, assumindo o seu desempenho como uma referência para a sua futura conduta profissional. O enfermeiro orientador, ao longo do percurso formativo do estudante, pode influenciar o futuro enfermeiro no desenvolvimento de competências de orientação, pela forma como se relaciona e pelo profissionalismo e empenho que demonstra no processo de orientação.

A reflexão sobre os modelos pedagógicos observados e sentidos permite ao enfermeiro a seleção e a integração das estratégias que considera facilitadoras, futuros recursos endógenos a transferir para situações de orientação de estudantes.

As interações na constelação acadêmica podem, então, influenciar os recursos endógenos que o futuro enfermeiro orientador terá de mobilizar e combinar no seu processo de desenvolvimento de competências de orientação de estudantes de Enfermagem. Devem ser fomentados, durante o percurso formativo do estudante de Enfermagem, o envolvimento e o incentivo para a importância de ser formador de pares quando for profissional e até para assumir a função de orientador.

Na **constelação profissional** ocorrem também processos de socialização profissional, pela aquisição de normas, valores, papéis, conhecimentos, pela observação dos modelos da prática, pela construção de competências e pela experiência. Ocorre, de forma simultânea e complementar, o desenvolvimento do comportamento e do desempenho profissional e a construção e/ou reconstrução da identidade profissional do enfermeiro, pelas interações no contexto profissional. Estas interações consideram as características individuais do enfermeiro, a sua experiência de vida, o clima e a cultura organizacional, o ambiente de trabalho, as formas de organização do trabalho, a liderança e as reflexões que ocorrem sobre a prática clínica.

A experiência profissional no contexto da prática clínica, nomeadamente a perícia na área de atuação, implica o domínio dos conhecimentos teóricos e a transferência dos mesmos para a prática clínica, através da combinação de habilidades e competências, suportado por um processo de reflexão sobre as práticas. Estes aspetos emergem como fundamentais para o desenvolvimento profissional do enfermeiro e como pontos importantes para uma orientação eficaz dos estudantes de Enfermagem.

A experiência na orientação de estudantes, desde o início deste percurso e pela repetição da experiência, permite o desenvolvimento da capacidade para analisar o estudante, nomeadamente as suas dificuldades, limitações, necessidades, competências e

motivações, e simultaneamente o aperfeiçoamento de habilidades para incentivar, motivar, desafiar e estimular o pensamento crítico e a reflexão sobre as práticas. No início desta função de orientador é valorizada a mediação ou supervisão por um enfermeiro ou professor que acompanhe o processo, forneça suporte e feedback e promova a reflexão sobre esta prática. A necessidade de formação pedagógica no início das funções de orientador é manifestada pelos enfermeiros no início do seu percurso e é sustentada por vários autores.

Numa perspetiva evolutiva do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, constatámos, então, que ocorre uma evolução da capacidade de análise, de reflexão e de metacognição. Simultaneamente, existe um incremento da mobilização dos recursos endógenos para o desenvolvimento de competências.

A experiência a nível da gestão permitiu aos enfermeiros o desenvolvimento de competências de liderança, gestão de conflitos, resolução de problemas e de tomada de decisão, competências estas fundamentais no seu desenvolvimento pessoal e profissional que irão influenciar a sua postura e estratégias na orientação de estudantes de Enfermagem.

Na constelação profissional é também valorizada a gestão do serviço. A cultura formativa existente no serviço, a liderança, as relações interpessoais de cariz pedagógico e a operacionalização dos ensinamentos clínicos são aspetos que influenciam o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro.

Um contexto profissional onde está presente (desde que o enfermeiro inicia funções) uma cultura formativa marcada, uma visão positiva da equipa relativamente aos ensinamentos clínicos, com presença de estudantes e hábitos de orientação de estudantes, incentiva os enfermeiros a assumirem estas funções.

Uma liderança que promova um ambiente promotor de relações interpessoais positivas, de trabalho em equipa, que partilhe a gestão do serviço, que estimule o pensamento crítico, que apoie o desenvolvimento académico e profissional e que incute motivação e proatividade na equipa no sentido de promover o desenvolvimento de competências, para além de assegurar a segurança e a qualidade dos cuidados, aumenta a satisfação da equipa de Enfermagem e favorece o aperfeiçoamento de competências de liderança, comunicação, gestão de conflitos e de tomada de decisão.

Na operacionalização dos ensinamentos clínicos é valorizada a disponibilidade dos enfermeiros para a função de orientação de estudantes e o envolvimento de outros elementos em estágios de aquisição de competências de orientação iniciais, como forma de aumentar a motivação e a satisfação profissional.

A equipa de Enfermagem também é fundamental sob duas perspectivas que consideramos interessantes: por um lado, emerge dentro da constelação profissional enquanto recorte biográfico de natureza profissional que influencia a aquisição de recursos endógenos do enfermeiro; noutra perspectiva é valorizada efetivamente como recurso exógeno, numa perspectiva de suporte ao processo de orientação e de instrumento para a combinação e mobilização de *esquemas supervisivos*.

Na primeira perspectiva, a equipa de Enfermagem assume-se como indutora do desenvolvimento de recursos endógenos do enfermeiro. A forma como a equipa acolhe os profissionais e os estudantes, fomenta um ambiente positivo e facilitador, estimula a reflexão e evidencia disponibilidade para a orientação de estudantes é absorvida pelos enfermeiros recém-chegados, promovendo a aceitação da função e a visão de alguns aspetos da profissão. O relacionamento estabelecido dentro da equipa de Enfermagem, de proximidade, de suporte ao desenvolvimento profissional e pessoal e até inspirador favorece o crescimento profissional dentro da mesma. A presença de enfermeiros-modelo, enquanto indivíduos com características profissionais e pessoais que influenciam os pares, para além de favorecerem os processos de socialização profissional e de construção identitária, são marcantes para o desenvolvimento dos enfermeiros iniciados, que observam e imitam as suas práticas e posturas, necessitando do seu feedback para aumentar a sua autoconfiança e para se sentirem reconhecidos pelo seu desempenho profissional. A dinâmica da equipa de Enfermagem pode facilitar no desenvolvimento da responsabilidade, da autoconfiança, do respeito, de competências de comunicação, de tomada de decisão e de trabalho em equipa, e de uma forma mais genérica, possibilita a elucidação e a aquiescência da função e a visão sobre a valorização da profissão.

O percurso do enfermeiro enquanto pessoa e profissional durante a socialização secundária permite que este adquira e desenvolva recursos endógenos que irá mobilizar na orientação de estudantes. Os fatores facilitadores da socialização profissional apontam para aspetos que são fundamentais para o desenvolvimento de competências

comunicacionais, relacionais, reflexivas e técnico-científicas que serão fundamentais enquanto recursos endógenos, para mobilizar e combinar *esquemas supervisivos* aquando da função de orientador de estudantes em ensino clínico.

Percebemos, então, que os recortes de natureza educacional e profissional influenciam a aquisição e o desenvolvimento de recursos endógenos (a personalidade, as competências e as experiências vividas) que serão mobilizados e combinados na construção de *esquemas supervisivos* que vão ser utilizados pelo enfermeiro orientador na ação de orientar o estudante de Enfermagem.

Para além dos recursos endógenos, singulares a cada enfermeiro, emergem deste estudo **recursos exógenos**: a equipa de Enfermagem e o docente. Estas duas entidades evidenciam-se, como suporte ao enfermeiro orientador, passíveis de uma intervenção no sentido de o capacitar e de potenciar a aquisição e desenvolvimento de competências na orientação de estudantes de Enfermagem.

Em relação à equipa de Enfermagem, e considerando a segunda perspetiva apresentada, esta é valorizada como um recurso exógeno, para a mobilização e combinação de *esquemas supervisivos* construídos pelo enfermeiro orientador durante o processo de orientação. A equipa de Enfermagem e a chefia da mesma emergem como um alicerce no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, sendo valorizada a relação de suporte pelos pares que possuem competências complementares de cariz técnico-científico, pedagógico, reflexivo, comunicacional e relacional. As relações de proximidade na equipa e a disponibilidade da mesma para a orientação de estudantes, podem influenciar de forma positiva a orientação de estudantes de Enfermagem nos contextos profissionais. O apoio, a disponibilidade da equipa para esclarecimento de dúvidas relativas ao processo de orientação para a resolução de situações com o estudante e a supervisão do processo de orientação entre enfermeiro orientador/estudante por um profissional (enfermeiro ou docente) experiente são pontos que devem ser desenvolvidos enquanto estratégias para promover o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

Ainda nesta perspetiva de suporte ao enfermeiro orientador para a mobilização e desenvolvimento de competências emerge o Docente pelos conhecimentos teóricos, pelos conhecimentos acerca do estudante, pelo conhecimento que tem do currículo escolar e do contexto educativo, pelo conhecimento e *expertise* na prática pedagógica,

pela experiência e capacidade de liderança na gestão de situações pedagógicas complexas e pela capacidade de estimular a reflexão sobre as práticas e sobre as experiências de aprendizagem. O docente deve assumir, numa perspetiva de disponibilidade e parceria, o suporte pedagógico ao enfermeiro para favorecer o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro orientador de estudantes de Enfermagem. Para além deste aspeto que consideramos fundamental no âmbito deste estudo, o suporte do docente também promove o crescimento profissional do enfermeiro orientador, aumenta a qualidade do ambiente de aprendizagem e enriquece o processo de orientação.

A qualidade das competências de orientação que são desenvolvidas dependem da habilidade para combinar e mobilizar recursos endógenos e exógenos. Constatámos que os recortes de natureza educacional e profissional não influenciam de forma direta o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, mas a singularidade de cada percurso influencia os recursos endógenos que o enfermeiro orientador vai adquirir e desenvolver (nomeadamente ao nível da sua personalidade), no desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, reflexivas, técnico-científicas, sociais e nas experiências vividas ao longo da vida.

Os recursos exógenos emergem, simultaneamente, de forma isolada do percurso pessoal e social do enfermeiro orientador, e de forma paralela ao seu percurso profissional. Estes recursos, enquanto matriz de sustentação, implicam a tomada de consciência da equipa de Enfermagem e do docente da instituição de ensino, da sua importância no empoderamento do enfermeiro orientador, no suporte ao processo de orientação e na aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

No processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador percebemos, então, a motivação, a reflexão, a metacognição e as experiências vividas como recursos endógenos fundamentais a serem selecionados, mobilizados, integrados e transferidos para a ação de orientação de estudantes. Neste agir com eficiência são mobilizados também recursos exógenos numa perspetiva de disponibilidade, apoio e suporte para a ação.

O modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador identifica **aspetos facilitadores**:

- Motivação para a função, gosto pelo ensino e disponibilidade para a partilha de conhecimentos;
- Domínio técnico-científico da área de atuação, com a respetivo imperativo da iniciativa pela aprendizagem ao longo da vida e pela atualização do conhecimento;
- Capacidade de observação do enfermeiro relativamente a processos de orientação que decorrem nos contextos, nomeadamente dos pares e dos professores que acompanham os estudantes em ensino clínico presencial;
- Capacidade de análise e de reflexão sobre o estudante e a prática, e desenvolvimento da metacognição sobre o processo de orientação com vista à tomada de decisão na ação. Estas competências analíticas e reflexivas desenvolvem-se com a experiência profissional no contexto e com as experiências de orientação, e, portanto, são mais evidentes nos enfermeiros com mais anos de experiência profissional;
- Capacidade de adaptação do enfermeiro orientador ao processo de orientação de estudantes;
- Capacidade de estabelecer uma relação de confiança com o estudante e, simultaneamente, facilitadora para a aprendizagem, com mobilização de competências comunicacionais e relacionais. Sendo a relação um instrumento básico da profissão de Enfermagem, é fundamental a transferência desta competência para a relação com o estudante;
- As características do estudante, nomeadamente a sua motivação, envolvimento e proatividade na aprendizagem;
- Supervisão do processo de orientação por uma pessoa mais experiente, seja um enfermeiro do contexto com mais experiência ou o professor do estabelecimento de ensino.

Emergiram também, no modelo explicativo, **aspectos que dificultam** o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador:

- Diferenças nos planos curriculares dos CLE dos diferentes estabelecimentos de ensino e necessidade de clarificação dos diferentes objetivos dos ensinos clínicos e dos instrumentos de avaliação dos mesmos;
- Défice de formação pedagógica dos enfermeiros orientadores, nomeadamente em relação a estratégias supervisivas e gestão de situações e conflitos;
- Défice de apoio e suporte por parte dos professores e dos estabelecimentos de ensino, especificamente em aspetos relacionados com a comunicação e o sentimento de proximidade;
- Sentimento de insegurança em alguns contextos devido à pouca experiência profissional quando iniciam a função de orientadores de estudantes;
- Resistência da chefia ao início do percurso como orientador de estudantes de Enfermagem, valorizando enfermeiros com muita experiência profissional (responsáveis de turno e segundos elementos).

O processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes de Enfermagem do CLE em contexto hospitalar caracteriza-se, numa primeira instância, pela motivação para a função e, posteriormente, pela reflexão sobre as experiências vividas enquanto estudante de Enfermagem em ensino clínico e pela metacognição das sucessivas experiências de orientação de estudantes de Enfermagem, suportado pela equipa de Enfermagem do contexto profissional.

## 6. CONTRIBUTO PARA UM PERFIL PEDAGÓGICO DO ENFERMEIRO ORIENTADOR

Considerando a caracterização e o modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes de Enfermagem do CLE em contexto hospitalar, emergem do estudo alguns aspetos relacionados com o perfil do enfermeiro orientador que, na nossa perspetiva, merecem aferição em futuros estudos. O perfil do enfermeiro orientador poderá passar pela consideração de algumas premissas que a seguir sugerimos.

Este perfil poderá considerar o desenvolvimento socioprofissional do enfermeiro, tendo emergido no estudo que se enquadre no estágio de:

- **Proficiente ou perito:** a experiência profissional e a idade estão diretamente relacionadas com a capacidade de raciocínio clínico, pensamento crítico, metacognição e reflexão sobre as práticas. Sendo assim, o enfermeiro, quando inicia a função de orientador de estudantes de Enfermagem, deverá encontrar-se, pelo menos, num estágio de desenvolvimento socioprofissional de proficiente ou perito, para ter competências reflexivas sobre a sua prática, sobre a prática de orientação de estudantes e sobre as várias dimensões que deve analisar no estudante de Enfermagem. O conhecimento e a experiência profissional influenciam a eficácia da orientação de estudantes.

O perfil pedagógico do enfermeiro orientador poderá incluir um conjunto de competências e/ou capacidades:

- **Competências emocionais:** estas competências referem-se à capacidade do indivíduo reconhecer, compreender, regular e gerir de forma eficaz a expressão das suas emoções. Elas permitem capacitar o indivíduo para iniciar e manter relações, gerir conflitos e enfrentar desafios. Estes aspetos são essenciais para iniciar e manter uma relação de orientação com o estudante de Enfermagem, para a gestão de situações e conflitos que possam emergir no processo de ensino-aprendizagem e para a própria gestão de emoções do enfermeiro que se possam expressar durante as interações em ensino clínico.

- **Competências comunicacionais:** a comunicação entre o enfermeiro orientador e o estudante deverá ser assertiva, aberta, permanente, contínua e oferecer um feedback regular. Ela deverá focar as necessidades de aprendizagem do estudante, o seu desempenho e o seu desenvolvimento de competências. A comunicação eficaz com o estudante permite aumentar o conhecimento e a compreensão do estudante, o seu raciocínio clínico e a sua capacidade de resolução de problemas, enriquecendo a aprendizagem. Possibilita também uma melhor gestão de emoções por parte do estudante. As competências comunicacionais do enfermeiro são essenciais para o estabelecimento de uma relação efetiva com o estudante de Enfermagem.

- **Competências relacionais:** as competências relacionais estão profundamente relacionadas com as competências comunicacionais. A relação entre o enfermeiro orientador e o estudante tem como objetivo facultar supervisão e feedback sobre o desempenho do estudante e implica a mobilização de estratégias para saber ensinar de forma a ser compreendido. A relação estabelecida caracteriza-se pela confiança, honestidade, responsabilidade, compromisso, negociação, bidirecionalidade e positividade. Esta deve ser, ainda, facilitadora, de forma a criar um ambiente de suporte ao estudante, incentivando-o e motivando-o para a sua aprendizagem e, simultaneamente, permitindo a sua imersão no contexto da prática clínica. O estabelecimento de relações fortes e eficazes influencia a eficácia da orientação, os resultados de aprendizagem do estudante, e proporciona segurança e satisfação ao enfermeiro orientador.

- **Competências reflexivas:** o enfermeiro orientador deve ter a capacidade de analisar e refletir sobre a sua prática clínica e sobre a sua prática na orientação de estudantes. Deve também ter a capacidade de analisar e refletir sobre as características, o percurso, as dificuldades, as necessidades, o desenvolvimento, a aprendizagem e a avaliação do estudante. A reflexão que o enfermeiro faz sobre as suas práticas implica o desenvolvimento do seu pensamento crítico e da sua capacidade de observação para relacionar informações e dados através do raciocínio clínico. Deve ser imputado ao enfermeiro o compromisso para com a prática baseada na evidência e com a aprendizagem ao longo da vida. A reflexão sobre a prática na orientação de estudantes permite a mobilização de recursos para

tornar o conhecimento acessível ao estudante, motivando e desafiando o estudante na procura de conhecimento, no desenvolvimento de competências, no treino do raciocínio clínico, na resolução de problemas, na tomada de decisão e na reflexão na ação. A discussão e o confronto com o estudante sobre os aspetos a melhorar e as experiências de aprendizagem vivenciadas, a reflexão diária sobre o seu desempenho, o planeamento a realizar e o incentivo para a procura de conhecimento, para além de estimularem no enfermeiro a reflexão sobre o processo de orientação, promovem a reflexão do próprio estudante sobre as práticas. A capacidade de análise e reflexão sobre as várias dimensões relativas ao estudante permite assegurar oportunidades de aprendizagem e adequar a comunicação e a intervenção durante o processo de orientação. A reflexão deve ser contínua e orientada para o desenvolvimento pessoal, social e profissional do estudante.

- **Competências técnico-científicas:** o domínio técnico e científico do enfermeiro orientador na sua área de atuação possibilita uma maior transmissão de conhecimentos e um maior feedback sobre o desempenho do estudante. O conhecimento e a experiência influenciam a eficácia da orientação e, conseqüentemente, a aprendizagem do estudante. Para além deste domínio, o enfermeiro orientador deve ser capaz de transformar as experiências profissionais em experiências de aprendizagem, identificando oportunidades de aprendizagem para o estudante. Nesta metamorfose, o enfermeiro orientador deve ter a capacidade de mobilizar conhecimento e estratégias para conduzir a orientação e ser eficaz no ensino, combinando competências técnicas e habilidades de ensino para transferir o conhecimento teórico para a prática clínica.

- **Capacidade de observação:** a observação da equipa de Enfermagem, da forma como orientam estudantes de Enfermagem, da forma como se relacionam com os estudantes permite a absorção de formas de estar e de posturas de orientação, possibilitando processos de autoaprendizagem e de análise da atuação da equipa na orientação de estudantes. A capacidade de observação é também essencial na orientação de estudantes de Enfermagem de forma a identificar dificuldades no desempenho do estudante e possíveis necessidades de aprendizagem.

- **Capacidade de metacognição:** a capacidade para refletir sobre a função cognitiva demonstrou ser fundamental para a compreensão sobre o próprio processo de aprendizagem, para a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento de competências e para a auto-supervisão e autoavaliação. O enfermeiro orientador, ao identificar as suas necessidades, dificuldades e limitações, poderá reconhecer a necessidade de recorrer a recursos exógenos (equipa de Enfermagem ou professor) para suportar o seu desenvolvimento de competências enquanto orientador de ensino clínico. A capacidade do enfermeiro se auto-supervisionar, implica que o mesmo desenvolva a sua capacidade de aprendizagem, de reflexão e de responsabilidade, num movimento introspetivo, utilizando a capacidade de análise e de avaliação.

Considerando que as características pessoais foram mencionadas como um dos aspetos que influencia o processo de construção de competências e que os papéis desempenhados, a interessoalidade e a componente afetiva e emocional, como já referimos, são tópicos referidos como condicionantes do desenvolvimento de competências, poderemos refletir sobre a possível presença de algumas características pessoais como:

- **Assertividade:** esta característica, inerente às competências emocionais, pressupõe autoconfiança, autoestima e ausência de dificuldade na expressão da comunicação oral do enfermeiro orientador. Uma comunicação assertiva deve ser clara, objetiva e honesta, e revelar respeito pelo outro. Na orientação de estudantes de Enfermagem uma postura assertiva fomenta o respeito pelo outro, aumenta a capacidade de negociação e de resolução de conflitos, a autoconfiança e a credibilidade, diminuindo a ansiedade no estudante.

- **Empatia:** esta característica pessoal possibilita que o enfermeiro orientador compreenda e se sintonize com os sentimentos, os comportamentos e a tomada de decisão dos estudantes. A empatia está intrinsecamente relacionada com o altruísmo e a capacidade de auxiliar o outro e pressupõe uma comunicação humana com o outro, a capacidade de escuta e de compreensão. Uma postura empática do enfermeiro orientador possibilita a compreensão dos comportamentos, das dificuldades, das necessidades e das emoções do estudante

de Enfermagem, promovendo uma redução de conflitos no processo de orientação do estudante.

- **Responsabilidade:** esta característica deve estar presente no enfermeiro orientador em relação à sua prática profissional, mas também durante o processo de orientação de estudantes. Neste, o enfermeiro deve considerar a responsabilidade para com os doentes, no sentido da proteção da pessoa, e a responsabilidade para com a equipa de saúde. O exercício da função de orientador implica também a responsabilidade assumida para com a instituição de ensino e para com o estudante, no âmbito do seu processo de aprendizagem, que implica o estímulo da reflexão, do raciocínio clínico e da tomada de decisão, e a otimização do feedback, com vista à formação de enfermeiros competentes.

Para além destas características, emergem do estudo atitudes que o enfermeiro orientador poderá demonstrar:

- **Motivação e disponibilidade:** o enfermeiro orientador deve manifestar disponibilidade para assumir a função de orientador e evidenciar motivação para o ensino de estudantes de Enfermagem. A orientação de estudantes deve possibilitar ao enfermeiro a oportunidade de fazer uma função que gosta e pela qual tem aptidão. A motivação emerge como um dos aspetos que influencia o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador e como um fator que promove a aceitação desta função. A motivação assume-se também como fundamental para iniciar e criar uma relação com o estudante, que é um dos pontos-chave para o sucesso da orientação.

- **Iniciativa profissional:** a promoção do autodidatismo e do desenvolvimento profissional são aspetos importantes no exercício de uma profissão. A iniciativa profissional emerge como um conceito que influencia o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador, pela atualização contínua e pelo desenvolvimento progressivo de competências essenciais à prática clínica. Os enfermeiros consideram a função de orientação de estudantes como um desafio pessoal e profissional, pelas necessidades, obstáculos e desafios que enfrentam. A iniciativa para procurar e sistematizar conhecimentos, e, paralelamente, desenvolver competências específicas nesta área é essencial para o processo de orientação e para a aprendizagem do estudante.

- **Compromisso profissional:** o compromisso para com a profissão emerge como um dos aspectos que influencia o desenvolvimento de competências do enfermeiro. A manifestação do compromisso do enfermeiro orientador para com a profissão implica o respeito e a aceitação de todo o quadro legal e ético que rege a profissão. Neste quadro legal está patente a responsabilidade do enfermeiro na orientação de estudantes e na formação de pares.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo final pretendemos refletir sobre as etapas do estudo realizado e tecer algumas considerações sobre os resultados obtidos e as implicações do estudo para a disciplina de Enfermagem.

Considerando a questão de investigação, definimos como objetivo geral compreender o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em enfermagem em contexto hospitalar. Como objetivos específicos estabelecemos: identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador; identificar os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador; e descrever os recursos que são mobilizados no desenvolvimento de competências.

**Na parte I - Quadro de Referência**, a compreensão do percurso histórico do ensino da enfermagem e a construção e fundamentação de conceitos teóricos permitiu cimentar e delinear o rumo do estudo. A mudança no paradigma de ensino proposto pelo Processo de Bolonha, reforçou os conceitos de competência, os perfis de competências, a proatividade do estudante e a aprendizagem ao longo da vida. Esta reestruturação implicou mudanças nas estratégias pedagógicas a utilizar em ensino clínico com vista ao desenvolvimento de competências genéricas e transversais, e de pensamento crítico e reflexivo. O ensino clínico, componente prática do CLE, emerge como fundamental para o desenvolvimento de competências do estudante, sendo o acompanhamento do estudante pelo enfermeiro orientador – *mentorship* – essencial na facilitação da aprendizagem pela relação estabelecida entre ambos. As responsabilidades, atitudes, papéis, capacidades, competências e características do enfermeiro orientador estão documentadas por diferentes autores em Portugal e a nível internacional.

O enfermeiro orientador, para além de elemento facilitador da aprendizagem do estudante, promove o seu desenvolvimento profissional e pessoal, a autoestima e a autoconfiança. A adoção desta nova função com responsabilidades inerentes constitui um desafio, sendo referidos na literatura aspetos que apontam para a incapacidade de assumir esta função. O enfermeiro orientador tem uma importância fundamental na criação de espaços e de momentos de reflexão, sendo essencial o estabelecimento de

uma relação eficaz, para a partilha de conhecimento e de experiência, para a promoção de oportunidades de aprendizagem e para estimular a capacidade de resolução de problemas e de tomada de decisão com vista à autonomia e à reflexão *na e sobre* a ação.

O enfermeiro orientador deve estar consciente dos aspetos que influenciam a aprendizagem do estudante, dos fatores que influenciam o desenvolvimento de competências do estudante e das dificuldades e propostas de melhoria relacionadas com o processo de orientação de estudantes e articulação institucional, de forma a desenvolver estratégias de ensino-aprendizagem eficazes. Na gestão competente de experiência de orientação, o enfermeiro deve: saber agir com pertinência; saber mobilizar saberes e conhecimentos; saber integrar ou combinar saberes; saber transpor; saber aprender e aprender a aprender; e saber envolver-se, considerando os recursos disponíveis. A competência emerge na capacidade de utilizar os recursos de forma apropriada numa ação que decorre num contexto com potencial formativo. A reflexão e a experiência são fundamentais para o desenvolvimento de competências em enfermagem.

**Na parte II - Metodologia e desenho do estudo**, mencionamos os principais aspetos metodológicos, considerando a natureza qualitativa do estudo e a utilização da teoria fundamentada nos dados num formato de estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a enfermeiros com diferentes experiências na orientação de estudantes de enfermagem e em diferentes estádios de desenvolvimento sócio-profissional de Benner, até atingirmos a saturação de dados. A análise e tratamento dos dados seguiu o referencial de Strauss e Corbin. Abordamos ainda as considerações éticas implícitas ao estudo.

**Na parte III - Desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador**, descrevemos os contextos, caracterizamos os participantes, apresentámos e discutimos os resultados, integrando os mesmos na construção de um modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

Foram identificados “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador:

- Os recortes de natureza educacional e profissional englobam as constelações familiar, escolar, social, académica e profissional, que traduzem os processos de socialização primária e secundária vivenciados pelo enfermeiro;

- Na socialização primária emerge a importância das constelações familiar e escolar como fonte de recursos para a construção da personalidade e para o desenvolvimento de competências de âmbito relacional e social. Estas constelações influenciam o desenvolvimento psicológico e social do futuro enfermeiro, nomeadamente a promoção do autoconhecimento, da autoimagem, da autoconfiança, da autoestima, da autonomia, da estrutura emocional, da empatia, da iniciativa, da responsabilidade e da verdade. Também foi valorizado o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, analíticas e reflexivas, de organização/gestão de prioridades e de trabalho de equipa.
- No processo de socialização secundária é evidenciado o desenvolvimento de uma identidade profissional, pelas interações entre as características pessoais do futuro enfermeiro, as suas experiências de vida e o contexto profissional.
- A constelação académica emerge como espaço de socialização profissional e construção identitária. As vivências dos futuros enfermeiros durante o CLE, quer na academia quer nos contextos de ensino clínico, evidencia aspetos relacionados com o modelo pedagógico do docente e do enfermeiro orientador que influenciaram o seu desenvolvimento pessoal, profissional e social. Também foi evidenciado o desenvolvimento de competências comunicacionais, relacionais, reflexivas e técnico-científicas, aspetos que serão fundamentais enquanto recursos endógenos.
- Na constelação profissional ocorrem também, de forma complementar, processos de socialização profissional e o desenvolvimento de comportamentos e de desempenho profissional. As interações neste contexto consideram as características individuais do enfermeiro, a sua experiência de vida, o clima e cultura organizacional, o ambiente de trabalho, as formas de organização do trabalho, a liderança e as reflexões que ocorrem sobre a prática clínica. A experiência profissional emerge como fundamental para o desenvolvimento profissional do enfermeiro e como ponto importante para uma orientação eficaz dos estudantes. A experiência na orientação de estudantes, numa perspetiva evolutiva do processo de desenvolvimento de competências, possibilita a evolução da capacidade de análise, de reflexão e de metacognição, e, simultaneamente, um incremento da mobilização dos recursos endógenos para o desenvolvimento de competências. A experiência a nível da gestão permite o desenvolvimento de competências de liderança, gestão de conflitos, resolução de problemas e de tomada de

decisão, competências fundamentais no desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, e que irão influenciar a sua atitude e estratégias na orientação de estudantes de enfermagem. A equipa de enfermagem pode facilitar no desenvolvimento da responsabilidade, da autoconfiança, do respeito, de competências de comunicação, de tomada de decisão e de trabalho em equipa e, de uma forma mais genérica, possibilita a elucidação e a aquiescência da função e a visão sobre a valorização da profissão. A cultura formativa existente no serviço, a liderança, as relações interpessoais de cariz pedagógico e a operacionalização dos ensinamentos clínicos são aspetos que influenciam o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro.

- As experiências vivenciadas na constelação social promovem o autodesenvolvimento e o desenvolvimento de competências sociais que facilitam a capacidade de comunicação, de relação, de análise, de reflexão e de resolução de problemas. O desenvolvimento da automotivação, da iniciativa, da autoconfiança, da autoestima e da responsabilidade também são evidenciados.

Foram ainda identificados os recursos endógenos e exógenos que são mobilizados pelo enfermeiro orientador no processo de desenvolvimento de competências:

- Os recursos endógenos (personalidade, competências e experiências vividas) foram adquiridos e desenvolvidos de forma simultânea, complementar e progressiva, ao longo dos processos de socialização primária e secundária, pelas inter-relações do futuro enfermeiro. Este processo de construção e reconstrução da personalidade e da identidade implica um compromisso ativo, de autodesenvolvimento e de reflexão, numa perspetiva dinâmica de transformação pessoal.

- Os recursos exógenos emergem, por um lado, de forma isolada do percurso pessoal e social do enfermeiro orientador, e, por outro, de forma paralela ao seu percurso profissional. Estes recursos, enquanto matriz de sustentação, implicam a tomada de consciência da equipa de enfermagem e do docente da instituição de ensino, da sua importância na capacitação do enfermeiro orientador, no suporte ao processo de orientação e na aquisição e desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador.

Este estudo finaliza com uma proposta de modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico que, para além de descrever este processo, identifica os momentos-chave, os momentos de rutura, e os aspetos facilitadores e dificultadores.

No processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador, a motivação, a reflexão, a metacognição e as experiências vividas emergem como recursos endógenos fundamentais a serem mobilizados na orientação de estudantes, com o suporte dos recursos exógenos.

Podemos, então, caracterizar o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes de enfermagem do CLE em contexto hospitalar, num primeiro momento, pela motivação para a função de orientador e, posteriormente, pela reflexão sobre as experiências vividas enquanto estudante de enfermagem e pela metacognição sobre as experiências de orientação de estudantes, suportado pela equipa de enfermagem do contexto profissional.

Sugerimos ainda algumas permissas que possam contribuir para a construção de um perfil pedagógico do enfermeiro orientador.

Decorrente do trabalho desenvolvido, consideramos pertinente a apresentação de algumas propostas, como a divulgação dos resultados e do modelo explicativo do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador em publicações científicas a submeter a revista internacional e a pela apresentação e reflexão em eventos com docentes e enfermeiros.

Considerámos, como limitações deste estudo, o formato de estudo de caso realizado em dois contextos específicos e, nesta perspetiva, os resultados apresentados não permitem a sua generalização, senão do ponto de vista analítico, para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores.

Sugerimos a realização de estudos similares, noutros contextos, de forma a contribuir para uma melhor caracterização do processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores.

O conhecimento do processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador de ensino clínico de estudantes de enfermagem do CLE em contexto hospitalar é importante porque permite a:

- Consciencialização dos enfermeiros da importância da reflexão/metacognição como base para o seu desenvolvimento de competências;

- Construção de programas de formação para enfermeiros orientadores que integrem a reflexão e a metacognição sobre as experiências e sobre o processo de desenvolvimento de competências;
- Capacitação das equipas de enfermagem da sua importância como suporte ao desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores;
- Sensibilização dos professores para a sua integração neste processo pelas suas competências pedagógicas.

Em suma, consideramos que este estudo tem implicações no ensino de enfermagem, pois enfermeiros orientadores com um maior desenvolvimento de competências na orientação de estudantes promovem um processo de ensino-aprendizagem mais eficaz e transmitem uma atitude de compromisso profissional para a função de orientador. A articulação entre a academia e a clínica é fundamental neste processo. O estudo tem também implicações para a prática clínica, por um lado pelo desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, e, noutra perspetiva, como mais-valia para a criação de um ambiente favorável nos contextos, que promova o suporte da equipa de enfermagem no desenvolvimento de competências de orientação de estudantes nos enfermeiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho. Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Abreu, W. (2003a). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Instituto Piaget.
- Abreu, W. (2003b). Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que Parcerias para a Excelência em Saúde. *Cadernos Sinais Vitais*. N.º 1. Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. (s.d.). *Documentos e Publicações*. <http://www.a3es.pt/pt/o-que-e-a3es>.
- Alarcão, I. (1996). *Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão*. Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Referência*. Vol. 6. 54 – 59.
- Alarcão, I. (2010). *Professores reflexivos em uma escola reflexiva*. Cortez Editora.
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm*. Jul-Set. 14 (3). 373-382.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica. Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. Almedina.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2010). *Supervisão da prática pedagógica – Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Livraria Almedina.
- Albert, M., Mylopoulos, M., & Laberge, S. (2019). Examining grounded theory through the lens of rationalist epistemology. *Advances in Health Sciences Education*. 24:827–837. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9849-7>.
- Alfaro-LeFevre, R. (2016). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment: A Practical Approach*, 6ª ed. Saunders/Elsevier.
- Almeida, T. (2006). *Contributos da Supervisão na gestão do Stresse dos alunos em Ensino Clínico*. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade Aveiro.

Alves, P. (2005). Dos objectivos às competências: implicações para a avaliação de um programa de formação de professores. *Mudanças educativas e curriculares ... e os educadores/professores? Actas do Colóquio sobre Formação de professores*. Centro de Investigação em Educação – Departamento de Currículo e Tecnologia Educativa. 29-42.

Amaral, G. (2016). *As competências do enfermeiro especialista na promoção do processo de ensino aprendizagem dos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.

Amaral, G., & Deodato, S. (2014a, maio, 8-10). *Fatores que dificultam a implementação de parcerias entre os Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem e as Instituições de Saúde em Portugal*. [Conferência]. 8.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Amaral, G., & Deodato, S. (2014b, maio, 8-10). *Medidas a implementar para melhorar a articulação entre os Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem e as Instituições de Saúde em Portugal*. [Conferência]. 8.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem – Universidade Católica Portuguesa. Porto.

Amaral, G., & Deodato, S. (2015). Articulação entre os Estabelecimentos de Ensino Superior de Enfermagem e as Instituições de Saúde em Portugal: fatores que dificultam e medidas a implementar. *Cadernos de Saúde*. Vol. 7. 1-7.

Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021a). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*. 5(5). e20036. <https://doi:10.12707/RV20036>.

Amaral, G., & Figueiredo, A. (2021b). Skills of the guiding nurses: A systematic literature review. *International Journal of Health Science*. v. 1. n. 7. <https://doi.org/10.22533/at.ed.1592103124>.

Amaral, G., & Figueiredo, A. (2022). Recursos mobilizados na preceptoria de enfermagem: um estudo em Grounded Theory. *Revista O Mundo da Saúde*. 46: 161-172 e12172021 <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202246161172>.

Amaral, G., & Pereira, M. (2017). Teaching-learning process in the context of clinical practice for the nursing students. *An Integrative research review*. COHERE Conference.

- Amendoeira, J. (2006). *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*. Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Anderson, L. (2011). A learning resource for developing effective mentorship in practice. *Nursing Standard*. 25, (51). 48-56.
- Andrade, C. (2005). *A escola em parceria: representações de alunos, enfermeiros e professores*. Edições Cosmos.
- Annells, M. (1996). Grounded theory method: Philosophical perspectives, paradigm of inquiry, and postmodernism. *Qualitative Health Research*, 6. 379-393.
- Antunes, S. (2013). *O(s) processo(s) de adequação a Bolonha nas Instituições de Ensino Superior portuguesas*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Salamanca.
- Arantes, A., Neto, E., Camargo, L., Filho, L., Santos, O., & Caetano, S. (2018). A relevância do docente na formação do enfermeiro. *Revista de Iniciação Científica e Extensão – REIcEn* (Esp). 193-201. <https://revistasfasesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/76>.
- Atkinson, A., Watling, C., & Brans, P. (2021). *Feedback and Coaching*. *European Journal of Pediatrics*. <https://doi.org/10.1007/s00431-021-04118-8>.
- Austin, W. (2013). Ethical Issues in Qualitative Nursing Research. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Routledge Handbooks. 359-369.
- Barbosa, E., Ferreira, M., & Nóbrega-Therrien, S. (2016). O ser professor e o seu desenvolvimento profissional na perspetiva de enfermeiros que lecionam no ensino superior. *Revista COCAR*. V.10, n.20. 274-295.
- Barbosa, R. (2014). *Práticas de Supervisão de Estudantes de Enfermagem no Serviço de Cirurgia Vasculár*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Bártolo, E. (2007). *Formação em contexto de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Climepsi Editores.
- Beber, B., Silva, E., & Bonfiglio, S. (2014). Metacognição como processo da aprendizagem. *Rev. Psicopedagogia* 2014; 31(95). 144-151.

- Bellier, S. (1999). A competência. *Tratado das Ciências e das Técnicas da Formação*. Instituto Piaget.
- Benner, P. (1982). Issues in Competency – Based Testing. *Nursing outlook*, 30 (5). 303-309.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. 1ª Edição, Quarteto Editora.
- Benzaquen, J. (2006). A socialização para cooperação: uma análise de práticas de educação não-formal. *Estudos de sociologia, Rev, do progr. de pós-graduação em sociologia da UFPE*, V. 12, N. I. 79-97.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1999). *A Construção Social da Realidade*. Dinalivro.
- Bidarra, M., & Festas, M. (2005). Construtivismo(s): Implicações e interpretações educativas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*. 39(2). 177-195.
- Blumer, H. (2009). *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Univ. of California Press.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (2016). *Qualitative research for education: An introduction to theories and methods*. Bengaluru. Pearson.
- Borges, C. (2010). *Supervisão de Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico: Que Parcerias?* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Aveiro. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa.
- Borrallo-Riego, Á., Magni, E., Jiménez-Álvarez, J., Fernández-Rodríguez, V., & Guerra-Martín, M. (2021). Health Sciences Students' Perceptions of the Role of the Supervisor in Clinical Placements. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 18. 4427. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094427>.
- Boyatzis, R. (2008). Competencies in the 21st Century. *Journal of Management Development*, 27 (1). 5-12.
- Brycztnski, K. (2004). De Principiante a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. *Teóricas de Enfermagem e sua Obra*. 5ª Ed. Lusociência. 185-207.

Burgess, A., Diggele, C., Roberts, C., & Mellis, C. (2020). Feedback in the clinical setting. *BMC Medical Education*. 20. (Suppl 2): 460. 1-5. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02280-5>.

Cabrito, B. (1994). *Formação em alternância*. Educa.

Canadian Association of Schools of Nursing. Task Force on Clinical/Practice Education. (2004). *Clinical Practice Education Survey 2003*. CASN Canadian Association of Schools of Nursing.

Canário, R. (2000). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Educa.

Canário, R. (2003). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto Editora.

Canário, R. (2008). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Educa.

Canário, R., & Cabrito, B. (2005). *Educação e Formação de Adultos: mutações e convergências*. Educa.

Cant, R., Ryan, C., & Cooper, S. (2021). Nursing students' evaluation of clinical practice placements using the clinical learning environment, supervision and nurse teacher scale – A systematic review. *Nurse Education Today*, Journal Pre-proof.

Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação - Papel dos orientadores clínicos - perspectiva dos actores*. Lusociência.

Casate, J., & Corrêa, A. (2006) Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 40 (3). 321-328.

Cavaco, C. (2002). *Aprender fora da escola: percursos de formação experiencial*. Educa.

Ceitel, M. (Org.). (2006). *Gestão e desenvolvimento de competências*. Edições Sílabo.

Chan, Z., Tong, C., & Henderson, S. (2017a). Power dynamics in the student-teacher relationship in clinical settings. *Nurse Educ Today*. 49. 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.026>.

Chan, Z., Tong, C., & Henderson, S. (2017b). Uncovering nursing students' views of their relationship with educators in a university context: a descriptive qualitative study. *Nurse Educ Today*. 49. 110-114. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.11.020>.

- Charmaz, K. (2008). Constructionism and the Grounded Theory. *Handbook of Constructionist Research*. The Guilford Press. 397-412.
- Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. (2018). Edição revista. *ALLEA - All European Academies*. [https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital\\_PT.pdf](https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf).
- Comissão Europeia. (2006). Recomendações do parlamento europeu e do conselho relativas à instituição do quadro europeu de qualificações para a aprendizagem ao longo da vida. *Jornal Oficial da União Europeia*, 962/CE. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:394:0010:0018:pt:PDF>.
- Correia, M. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Lisboa.
- Correia, M., & Santiago, M.,(2012). A orientação para a Prática e o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem nos cuidados ao doente crítico. *Journal of Nursing*, 6 (5). 1069-1076.
- Costa, L. (2008). *A Aprendizagem na convivência: o estágio curricular em enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- Costa, N. (2012). *Formação em contexto clínico: a perspectiva do estudante de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Couceiro, M. (1996). Reflexão sobre a prática profissional: uma experiência de formação de professores. *Formação, saberes profissionais e Situações de Trabalho*. Vol. II. IV Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE. Universidade de Lisboa. 419-428.
- Croix, A., Barrett, A., & Stenfors, T. (2018). How to...do research interviews in different ways. *The Clinical Teacher*. 15. 1-6. <https://doi.org/10.1111/tct.12953>.
- Cruz, C. (2001). *Competências e habilidades: da proposta à prática*. Edições Loyola.
- Cruz, S. (2012). *Do ad hoc a um Modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem em uso*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa.
- Cruz, S., Carvalho, L., & Sousa, P. (2012). Clinical supervision in nursing: the (un)known phenomenon. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 69. 864-873.

D'Espiney, L. (1999). *Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (2013). *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos*. <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>.

Decreto-lei n.º 353/99. Ministério da Educação. (1999). Diário da República n.º 206/1999, Série I-A de 1999-09-03, 6198 – 6201. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/353/1999/09/03/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 369/2007. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2007). Diário da República n.º 212/2007, Série I de 2007-11-05, 8032 – 8040. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/369-2007-629433>.

Decreto-lei n.º 42/2005. Ministério da Ciência, Inovação e do Ensino Superior. (2005). Princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu de ensino superior. Diário da República n.º 37/2005, Série I-A de 2005-02-22. 1494 – 1499. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/42/2005/02/22/p/dre/pt/html>.

Decreto-Lei n.º 74/2006, do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24. 2242 – 2257. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387>.

Decreto-Lei n.º 480/88, do Ministério da Saúde. (1988). Diário da República n.º 295/1988, Série I de 1988-12-23, 5070 – 5072. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/480-1988-361157>.

Demazière, D., & Dubar, C. (2004). *Analyser les entretiens Biographiques, L'exemple de récits d'insertion*. Les Presses De l'Université Laval.

Demazière, D., & Dubar, C. (2006). Trajetórias profissionais e formas identitárias: Uma teorização. *Desemprego: Trajetórias, identidades, mobilizações*. Senac. 165-187.

Denzin, K., & Lincoln, Y. (2006). *O planeamento da pesquisa qualitativa. Fundamentos e práticas*. Artmed.

Deodato, S. (2010a). Segurança da Informação em Saúde. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 34. 41-46.

- Deodato, S. (2010b). Sigilo Profissional em Enfermagem: Garantir a Confiança. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. N.º 35. 32-33.
- Dey, I. (1999). *Grounding Grounded Theory. Guidelines For Qualitative Inquiry*. Academic Press.
- Dias, I. (2010). Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional*. Vol. 14, N.º 1, Janeiro/Junho. 73-78.
- Diogo, V. (2018). Nas teias da construção identitária socioprofissional: práticas profissionais de trabalhadores sociais pós-graduados inseridos em organizações da economia social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXXV. 135-160. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc35a6>.
- Directiva 2005/36/CE. Parlamento Europeu e do Conselho da União Europeia. (2005). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>.
- Donner, G., & Wheeler, M. (2009). *Coaching in Nursing: An Introduction*. *Internacional Council of Nurse and the Honor Society of Nursing Sigma Theta Tau International*.
- Dubar, C. (2005). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Martins Fontes. Martins Fontes.
- Dubar, C. (2012). A construção de si pela atividade de trabalho: a socialização profissional. *Cadernos de Pesquisa*. Vol. 42, n.º 146. 351-367.
- Escobar, L. (2004). *O Sexo das Profissões. Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*. Edições Afrontamento.
- Espada, A. (2013). *O erro na aprendizagem clínica dos estudantes de enfermagem. Percepções de estudantes de enfermagem em aprendizagem clínica sobre os erros cometidos e o papel que desempenham na aprendizagem e no desenvolvimento*. [Tese de Doutoramento]. Universidade dos Açores.
- Estella, A. M., & Vera, C. S. (2008). La enseñanza en competencias en el marco de la educación a lo largo de la vida y la sociedad del conocimiento. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47. 159-183.

Esteves, M. M. (2010). Sentidos da inovação pedagógica no ensino superior. *Sentidos da pedagogia no ensino superior*. 45-61.

Estrela, A., Pinto, P., Rodrigues, A., Silva, I., & Pinto, M. (1991). *Formação de Professores por Competências - Projeto Foco. Uma experiência de formação contínua*. Fundação Calouste Gulbenkian.

European Higher Education Area. (1999). *The Bologna Declaration of 19 June*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/1999\\_Bologna\\_Declaration\\_English\\_553028.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/1999_Bologna_Declaration_English_553028.pdf).

European Higher Education Area. (2001). *Towards The European Higher Education Area Communiqué of the meeting of European Ministers in charge of Higher Education in Prague on May 19th 2001*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/2001\\_Prague\\_Communique\\_English\\_553442.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/2001_Prague_Communique_English_553442.pdf).

European Higher Education Area. (2003). *Communiqué of the Conference of Ministers responsible for Higher Education in Berlin on 19 September 2003*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/2003\\_Berlin\\_Communique\\_English\\_577284.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/2003_Berlin_Communique_English_577284.pdf).

European Higher Education Area. (2005). *Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Bergen, 19-20 May 2005*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/2005\\_Bergen\\_Communique\\_english\\_580520.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/2005_Bergen_Communique_english_580520.pdf).

European Higher Education Area. (2007). *London Communiqué Towards the European Higher Education Area: responding to challenges in a globalised world*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/2007\\_London\\_Communique\\_English\\_588697.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/2007_London_Communique_English_588697.pdf).

European Higher Education Area. (2009). *Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education, Leuven and Louvain-la-Neuve, 28-29 April 2009*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/Leuven\\_Louvain\\_la\\_Neuve\\_Communique\\_April\\_2009\\_595061.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/Leuven_Louvain_la_Neuve_Communique_April_2009_595061.pdf).

European Higher Education Area. (2010). *Budapest-Vienna Declaration on the European Higher Education Area*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/Budapest\\_Vienna\\_Declaration\\_598640.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/Budapest_Vienna_Declaration_598640.pdf).

European Higher Education Area. (2012). *Making the Most of Our Potential: Consolidating the European Higher Education Area Bucharest Communiqué*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/Bucharest\\_Communique\\_2012\\_610673.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/Bucharest_Communique_2012_610673.pdf).

European Higher Education Area. (2015). *Yerevan Communiqué*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/YerevanCommuniqueFinal\\_613707.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/YerevanCommuniqueFinal_613707.pdf).

European Higher Education Area. (2018). *Paris Communiqué*. [https://eha.info/Upload/document/ministerial\\_declarations/EHEAParis2018\\_Communique\\_final\\_952771.pdf](https://eha.info/Upload/document/ministerial_declarations/EHEAParis2018_Communique_final_952771.pdf).

European Higher Education Area. (2020). *Rome Ministerial Communiqué*. [https://eha.info/Upload/Rome\\_Ministerial\\_Communique.pdf](https://eha.info/Upload/Rome_Ministerial_Communique.pdf).

Farooq, S., Parpio, Y., & Ali, F. (2015). Evaluation of Preceptors' Role and Preceptorship Model at Undergraduate Program of Nursing at Karachi, Pakistan. *International Journal of Nursing Education* 7. 71. <https://dx.doi.org/10.5958/0974-9357.2015.00196.8>.

Felstead, I., & Springett, K. (2016). An exploration of role model influence on adult nursing students' professional development: a phenomenological research study. *Nurse Educ Today*. 37. 66-70. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.014>.

Fernandes, C., Santos, B., Torres, R., & Lobo, V. (2012). Refletindo sobre a Qualidade da Supervisão no Ensino Clínico de Enfermagem em Saúde Mental: Perspetiva dos supervisores. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (7). 25-32.

Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência. Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*. Lusociência.

- Fernandes, R., Araújo, B., & Pereira, F. (2017). Formação e transições laborais em enfermagem: efeitos na identidade e no desenvolvimento profissional. *R Est Inv Psico y Educ.* 14. A14-007. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2168>.
- Fernandes, R., Araújo, B., & Pereira, F. (2018). Dinâmicas, transições identitárias e desenvolvimento profissional de enfermeiros na mercantilização da saúde. *Aquichan.* 18 8(3). 263-274. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.3.2>.
- Ferreira, F. (1990). *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, F., Dantas, F., & Valente, G. (2018). Saberes e competências do enfermeiro para preceptoria em unidade básica de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4). 1657-1665. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0533>.
- Figueiredo, A. (2014). *Missionários, Conservadores e Visionários. Modos de ser professor*. Universidade Católica Editora.
- Figueiredo, A., & Afonso, N. (2010). Docentes de enfermagem em Portugal: a realidade dos professores em regime de dedicação exclusiva. *Cadernos de Saúde*. Vol. 3. N.º 2. 53-64.
- Figueiredo, M., & Peres, M. (2019). Identidade da enfermeira: uma reflexão iluminada pela perspectiva de Dubar. *Revista de Enfermagem Referência*. 20. 149-154. <https://doi.org/10.12707/RIV18079>.
- Finkler, R., Silva, A., & Bonamigo, A. (2019). Visão dos preceptores quanto à preceptoria e o acolhimento do estudante de graduação na atenção primária à saúde. *Res., Soc. Dev.* 8(2): e1182557. <https://doi.org/10.33448/rsd-v8i2.557>.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Monitor.
- Flores, M. (2019). Cuatro formas de entender la Educación: modelos pedagógicos, conceptualización ordenamiento y construcción teórica. *Educación y Humanismo*. 21(36). 137-159. <https://doi.org/10.17081/eduhum.21.36.3147>.
- Foddy, W. (1996). *Como Perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Celta Editora.

- Fonseca, M., Soares, S., Gomes, J., & Marques, A. (2016). O processo de supervisão em ensino clínico. Perspetiva dos estudantes e enfermeiros. *Investig. Enferm. Imagn Desarr.* 18 (2). 77-88.
- Fonseca, V. (2008). *Cognição, neuropsicologia e aprendizagem: abordagem neuropsicológica e psicopedagógica.* Vozes.
- Franco, J. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem.* 1 - Fevereiro. 32-50.
- Freire, P. (2010). *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa.* 41ª ed. Paz e Terra.
- García, B., Siles, G., Martínez, M., Martínez, B., & Álvarez, B. (2017). Metodologías de enseñanza-aprendizaje en enfermería: ¿Es el portafolio una metodología acorde con el Espacio Europeo de Educación Superior?. *Enfermería Docente, 108.* 24-28.
- Garrido, A., Pires, R., & Simões, J. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem - Perspetivas Práticas.* Universidade de Aveiro.
- Gaviria, D., & Guevara, J. (2021). Constructivismo y tecnologías en educación. Entre la innovación y el aprender a aprender. *Revista Histórica de la Educación Latinoamericana.* 36. 61-92. <https://doi.org/10.19053/01227238.12854>.
- Girija, K. (2012). Effective Clinical Instructor – A Step Toward Excellence in Clinical Teaching. *International Journal of Nursing Education.* Vol. 4. N.º 1. 25-27.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory.* Aldene de Gruyter.
- Gleeson, M. (2008). Preceptorship: facilitating student nurse education in the Republic of Ireland. *British Journal of Nursing,* Vol. 17. N.º 6. 376-380. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28903>.
- González, J., & Wagenaar, R. (2008). *Tuning project. Universities contribution to the bologna process. An introduction.* [http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/ENGLISH\\_BROCHURE\\_FOR\\_WEBSITE.pdf](http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/ENGLISH_BROCHURE_FOR_WEBSITE.pdf).

- González-Aguilar, A., Vázquez-Catano, F., Almazán-Tlalpan, B., Morales-Nieto, A., & Garcia-Solano, B. (2018). Process of professional identity perception in nursing. *Rev Cuidarte*. 9.3:2297-308. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i3.519>.
- Goulding, C. (2002). *Grounded Theory. A Practical Guide for Management, Business and Market Researchers*. Sage Publications.
- Gray, D. (2018). *Doing Research en the Real world*. Sage Publications Ltd.
- Grigorowitschs, T. (2008). O conceito “Socialização” caiu em desuso? Uma análise dos processos de socialização na infância com base em Georg Simmel e George H. Mead. *Educ. Soc.*. Vol. 29, n.º 102. 33-54.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage. 105-117.
- Gutierrez, M., & Morais, S. (2017). Sistematização da Assistência de Enfermagem e a formação da identidade profissional. *Rev Bras Enferm*. 70(2). 436-441. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0515>.
- Haggman-Lailila, A., Elina, E., Riitta, M., Kirsi, S., & Leena, R. (2007). Nursing students in clinical practice – Developing a model for clinical supervision. *Nurse Education in Practice*. 7. 381-391.
- Halaweh, M., Fidler, C., & McRobb, S. (2008). *Integrating the Grounded Theory Method and Case Study Research Methodology Within Is Research: A Possible 'Road Map'*. ICIS 2008 Proceedings. 165. <https://aisel.aisnet.org/icis2008/165>.
- Hanson, S., Macleod, M., & Schiller, C. (2018). It's complicated: staff nurse perceptions of their influence on nursing students' learning. A qualitative descriptive study. *Nurse Educ Today*. 63. 76-80. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.01.017>.
- Happell, B. (2009). A Model of Preceptorship in Nursing: Reflecting the Complex Functions of the Role. *Nursing Education Perspectives*. 30. 372-376. <https://doi.org/10.1043/1536-5026-30.6.372>.
- Health Workforce Australia. (2010). *Supervision Support Program. Discussion Paper*. Health Workforce Australia.
- Hegenbarth, M., Rawe, S., Murray, L., Arnaert, A., & Chambers-Evans, J. (2015). Establishing and maintaining the clinical learning environment for nursing students: A

qualitative study. *Nurse Educ. Today.* 35. 304-309.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.002>.

Hennink, M., Kaiser, B., & Marconi, V. (2016). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research.* 1-18.  
<https://doi.org/10.1177/1049732316665344>.

Higgins, M., & Kram, K. (2001). Reconceptualizing mentoring at work: a developmental network perspective. *The Academy of Management Review.* 26. 264-288.

Hill, Y., & Melender, H. (2015). *Developing preceptorship through action research: part 2.* *Scand J Caring Sci* 29. 478-485. <https://dx.doi:10.1111/scs.12216>.

Hunter, K., & Cook, C. (2018). Role-modelling and the hidden curriculum: New graduate nurses' professional socialisation. *Journal of Clinical Nursing.*  
<https://doi.org/10.1111/jocn.14510>.

International Council of Nurses (2003). *Ethical guidelines for nursing research.* ICN.

Jeggels, J., Traut, A., & Africa, F. (2014). Trained Nurse Preceptors' Perceptions of a Preceptorship Training Programme Offered by a University in the Western Cape. *Africa Journal of Nursing and Midwifery.* 16 (2). 16-29.

Johnson, M., Mortimer, J., & Heckhausen, J. (2020). Work Value Transmission From Parents to Children: Early Socialization and Delayed Activation. *Sage Journals.* 47:1. . 83-119. <https://doi.org/10.1177/0730888419877445>.

Jonnaert, P. (2002). *Compétences et socioconstructivisme* (I ed.). De boeck.

Junior, A., Fontanele, M., Albuquerque, R., Gomes, F., & Rodrigues, M. (2018). A socialização profissional no percurso de técnico a enfermeiro. *Trab. Educ. Saúde.* Vol. 16, N.º 3. 1321-1335. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00152>.

Kallio, H., Pietilä, A-M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *J Adv Nurs.* 72(12). Jun 23. Epub. 2954-2965.  
<https://doi.org/10.1111/jan.13031>.

Kitajima, Y., Hosokawa, Y., & Hoshi, K. (2011). Components of undergraduate nursing students' basic skills for being a member for society and an investigation into their differences by attribute. *Journal of School Nursing.* 17. 13-23.

Knisely, M., Fulton, J., & Friesth, B. (2015). Perceived Importance of Teaching Characteristics in Clinical Nurse Specialist Preceptors. *Journal of Professional Nursing*. Vol. 31. N.º 3. 208-214.

Kolb, D. (2014). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. 2ª Ed. Pearson Education, Inc.

Kolb, D., & Kolb, A. (2013). *The Kolb Learning Style Inventory 4.0: Guide to Theory, Psychometrics, Research & Applications*.  
[https://www.researchgate.net/publication/3034446688\\_The\\_Kolb\\_Learning\\_Style\\_Inven\\_tory\\_40\\_Guide\\_to\\_Theory\\_Psychometrics\\_Research\\_Applications](https://www.researchgate.net/publication/3034446688_The_Kolb_Learning_Style_Inven_tory_40_Guide_to_Theory_Psychometrics_Research_Applications).

Lazarus, J. (2016). Precepting 101: teaching strategies and tips for success for preceptors. *J Midwifery Womens Health*. 61 (S1). 11-21.

Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª Ed. Artmed.

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e coletivas: respostas a 80 questões*. Edições Asa.

Le Boterf, G. (2006). Avaliar a competência de um profissional. Três dimensões a explorar. *Pessoal*. Jun. 60- 63.

Leão, D. (1999). Paradigmas Contemporâneos de Educação: Escola Tradicional e Escola Construtivista. *Cadernos de Pesquisa*. N.º 107. 187-206.

Lee, J., Clarke, C., & Carson, M. (2018). Nursing students' learning dynamics and influencing factors in clinical contexts. *Nurse Educ Pract*. 29. 103-109.  
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.12.003>.

Lei n.º 21/2014, da Assembleia da República. (2014). Diário da República n.º 75/2014, Série I de 2014-04-16. Aprova a lei da investigação clínica. 2450 – 2465.  
<https://data.dre.pt/eli/lei/21/2014/04/16/p/dre/pt/html>.

Lei n.º 49/2005, da Assembleia da República (2005). Diário da República n.º 166/2005, Série I-A de 2005-08-30. Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior. 5122 – 5138.  
<https://dre.pt/dre/detalhe/lei/49-2005-245336>.

Lei n.º 58/2019, da Assembleia da República. (2019). Diário da República n.º 151/2019, Série I de 2019-08-08. Assegura a execução, na ordem jurídica nacional, do

Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados. 3 – 40. <https://data.dre.pt/eli/lei/58/2019/08/08/p/dre/pt/html>.

Lei n.º 62/2007, da Assembleia da República (2007). Diário da República n.º 174/2007, Série I de 2007-09-10. Regime jurídico das instituições de ensino superior. 6358 – 6389. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/62-2007-640339>.

León-del-Barco, B., Mendo-Lázaro, S., Gallego, S., Polo-del-Río, M., & Gallego, D. (2020). Academic Goals and Parental Control in Primary School Children. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 17, 206. 2-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010206>.

Lessard-Herbert, M., Goyette, G., & Botin, G. (2013). *Investigação qualitativa. Fundamentos e práticas*. Instituto Piaget.

Lethale, S., Makhado, L., & Koen, M. (2019). Factors influencing preceptorship in clinical learning for an undergraduate nursing programme in the North West Province of South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 10. 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.11.006>.

Liljedahl, M. (2018). On learning in the clinical environment. *Perspect Med Educ*. 7. 272–275. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0441-x>.

Lillekroken, D. (2019). Teaching Basic Nursing Care: Nurse Preceptors' Perceptions about Changing the Teaching Context from the Clinical Setting to a School Simulation Lab. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. 20180033. <https://doi.org/10.1515/ijnes-2018-0033>.

Lima, R., Silva, M., Andrade, L., Góes, F., Mello, M., & Gonçalves, M. (2020). A construção da identidade profissional em estudantes de enfermagem: pesquisa qualitativa na perspectiva histórico-cultural. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 28-3284. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3820.3284>.

Locke, K. (2001). *Grounded Theory in Management Research*. Sage Publications.

Longarito, C. (1999). *O ensino clínico: dificuldades, recursos e profissionalidade. Subsídios para uma abordagem interactiva*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto.

- Lopes, M. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica, Faculdade de Ciências Humanas.
- Lopes, M. (2005). *Os Utentes e os Enfermeiros: construção de uma relação*. [Tese de Doutoramento]. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Lopes, P. (2012). *Educação, Sociologia da Educação e Teorias Sociológicas Clássicas: Marx, Durkheim e Weber*. <http://www.bocc.ubi.pt/pag/lopes-paula-educacao-sociologia-da-educacao-e-teorias-sociologicas.pdf>.
- Loughran, M., & Koharchik, L. (2019). *Ensuring a Successful Preceptorship. Tips for nursing preceptors*. *AJN*. V. 119. N.º 5. 61-65.
- Maben, J., Latter, S., & Clark, J. (2006). The Theory-practice gap: impact of professional-bureaucratic work conflict on newly-qualified nurses. *Issues and Innovations in Nursing Education*. 55 (4). 465-477. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03939.x>.
- Macedo, A. (2007). Especificidades da supervisão científico-pedagógica em enfermagem: um estudo exploratório. *Cenários da educação/formação: novos espaços, culturas e saberes, VIII Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação*. Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Macedo, A. (2009). *A supervisão de estágios em enfermagem na articulação interorganizacional escola e hospital*. [Tese de Doutoramento]. Universidade do Minho.
- Macedo, A. (2010). A alternância entre a escola de enfermagem e o hospital em contexto de supervisão de estágio. *A Escola e o mundo do trabalho. XVII Colóquio AFIRSE*. Educa.
- MacLaren, J. (2018). Supporting nurse mentor development: An exploration of developmental constellations in nursing mentorship practice. *Nurse Education in Practice*. 28. 66-75. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.09.014>.

Magna Carta das Universidades Europeias. (1988). *Magna Charta Uniersitatum*. Convenção dos Reitores das Universidades Europeias reunidos em Bolonha a 18 de setembro de 1988.

Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto Editora.

Malglaive, G. (2003). Formação e Saberes profissionais: entre a teoria e a pratica. *Formação e Situações de Trabalho*. Porto Editora.

Mamhidir, A., Kristofferzon, M-L., Hellstrom-Hyson, E., Persson, E., & Martensson, G. (2014). Nursing preceptors' experiences of two clinical education models. *Nurse Education in Practice*. 14. 427-433. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.01.010>.

Marañón, A., & Pera, P. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 35 (7). 859-863. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.03.014>.

Martin, C. (1991). *Soigner pour Apprendre-aquerir un Savoir Infirmière*. Loisir et Pedagogie.

Martinez, T. S., & Ortiz, A. M. (2005). La acción tutorial em el contexto del espacio europeo de educación superior. *Revista Educación y Educadores*, 8. 123-143.

Martínez-Linares, J., Parra-Sáez, C., Tello-Liévana, C., & López-Entrambasaguas, O. (2019). Should We Be Trained to Train? Nursing Students' and Newly Qualified Nurses' Perception on Good Lecturers and Good Clinical Preceptors. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph1624488>.

Martins, C. (2009). *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Lisboa.

Matos, E. (1997). A Colaboração escola-serviços. *Nursing*, N.º 114. 31-34.

McBrien, B. (2006). Clinical teaching and support for learners in the practice environment. *British Journal of Nursing*. N.º 12, Vol. 15. 673-677.

McGrath, C., Palmgren, P., & Liljedahl, M. (2018). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>.

- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory. Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, A. (2012). *O Impacto do Processo de Bolonha na Formação de Professores de Educação Visual e Tecnológica*. [Tese de Doutorado]. Universidade da Beira Interior.
- Melo, R., Queirós, P., Tanaka, L., Costa, P., Bogalho, C., & Oliveira, P. (2017). Dificuldades dos estudantes do curso de licenciatura de enfermagem no ensino clínico: percepção das principais causas. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. N.º 15. 55 – 64. <https://doi.org/10.12707/RIV17059>.
- Merighi, M., Jesus, M., Domingos, S., Oliveira, D., & Ito, T. (2014). Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4). 505-11.
- Mestrinho, M. (1995). *Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional*. Dissertação do Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.
- Mestrinho, M. (2011). *Profissionalismo e Competências dos Professores de Enfermagem*. [Tese de Doutorado]. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação.
- Miguélez, M. (1999). Critérios para la superación del debate metodológico “cuantitativo/cualitativo”. *Revista Interamericana de Psicología*. 33 (1). 79-107.
- Mikkonen, K., Kyngäs, H., & Kääriäinen, M. (2015). Nursing student's experience of the empathy of their teachers: a qualitative study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 20 (3). 669-682. <https://doi.org/10.1007/s10459-014-9554-0>.
- Mills, J., Francis, K., & Bonner, A. (2005). Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural and Remote Health*. Jul-Sep 2005;5(3):410.
- Mink, J., Mitzkat, A., Mihaljevic, A., Trierweiler-Hauke, B., Götsch, B., Schmidt, J., Krug, K., & Mahler, C. (2019). The impact of an interprofessional training ward on the development of interprofessional competencies: study protocol of a longitudinal mixed methods study. *BMC Medical Education*. 19:48. 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1478-1>.

- Monteiro, J. (2012). *A personalidade e mecanismos de defesa - um estudo exploratório e correlacional*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Moreno, C., & Barragan, J. (2020). La práctica pedagógica del docente de enfermería: del conductismo al constructivismo. *Praxis & Saber*, 11(26), e10255. <https://doi.org/10.19053/22160159.v11.n.26.2020.10255>.
- Morse, J. (1994). Designing funded qualitative research. *Handbook of qualitative research*. Sage Publications. 220-235.
- Morse, J. (2013). The development of qualitative nursing reserach. *Routledge International Handbook of Qualitative Nursing Research*. Routledge Handbooks. 13-28.
- Morse, J., Swanson, J., & Suzel, A. (2001). *The nature of qualitative evidence*. Sage Publications.
- Newman, P., & Peile, E. (2002). "Valuing learners" experience and supporting further growth: educational models to help experienced adult learners in medicine. *British Medical Journal*, 325. 200-202.
- Nogueira, M. (1990). *História da Enfermagem*. Salesianas. (2ª ed.).
- Nunes, F., & Faleiro, W. (2016). Reflexões de Emile Durkheim sobre (re)socialização de adolescentes submetidos às medidas socioeducativas de internação. *SABERES*. Natal RN, v. 1, n. 14. 108-120.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Lusociência.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na Investigação em Enfermagem*. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem.
- Núñez, C., Reinoso, L., Raies, C., & Fuentes, P. (2017). In-depth Knowledge of the Role of the Clinical Mentor. *Invest. Educ. Enferm.* 35(3). 356-360. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v35n3a12>.
- Nuto, S., Júnior, F., Camara, A., & Gonçalves, C. (2017). Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de Estudantes de Ciências da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*.41 (1). 50-57.

Okuda, R., & Fukada, M. (2019). The differences in basic social competency and relevant factors based on years of study amongst university nursing students. *Yonago Acta Médica*. 62 (2). 211-220. <https://doi.org/10.33160/yam.2019.06.006>.

Olabuénaga, J. (1999). *Metodologia de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.

Oliveira, I. (2012). *Serviço-Escola. Um Projeto para o Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde.

Omer, T., Suliman, W., Thomas, L., & Joseph, J. (2013). Perception of nursing students to two models of preceptorship in clinical training. *Nurse Education in Practice*. 13. 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.02.003>.

Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros, 2002. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências dos enfermeiros de cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de posição*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional*. <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/cadernostematicos2.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Caderno Temático.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf).

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.

[http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf).

Ornaghi, V., Conte, E., & Grazzani, I. (2020). Empathy in Toddlers: The Role of Emotion Regulation, Language Ability, and Maternal Emotion Socialization Style. *Front. Psychol.* 11:586862. 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586862>.

Parvan, K., Shahbazi, S., Ebrahimi, H., Valizadeh, S., Rahmani, A., Tabrizi, F., & Esmaili, F. (2018). Nurses' Lived Experience of Working with Nursing Students in Clinical Wards: a Phenomenological Study. *J Car Sci.* 7 (1). 41-45. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.007>.

Paton, B. (2010). The professional practice knowledge of nurse preceptors. *Journal of Nursing Education*. Vol. 49. N.º 3. 143-149. <https://doi.org/10.3928/01484834-20091118-02>.

Pearson, T., & Hensley, T. (2019). Positive precepting: Identifying NP student learning levels and needs. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 31. 124–130. <https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000106>.

Peixoto, A., & Meneses, R. (2018). Os Cinco Grandes Fatores de Personalidade e as Habilidades Sociais: Revisão das Relações. *E-Revista de Estudos Interculturais do CEI – ISCAP*. n.º 6. 1-32.

Pelliciari, M. (2018). *Proposta de diretrizes para capacitação em liderança transformacional para os docentes do ensino superior*. [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo.

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Artmed Editora.

- Perrenoud, P. (2000). *Construindo Competências. Entrevista com Philippe Perrenoud*, Universidade de Genebra. [https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php\\_main/php\\_2000/2000\\_31.html](https://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.html)
- Perrenoud, P. (2005). *Escola e cidadania. O papel da escola na formação para a democracia*. Artmed Editora.
- Piedrahita, L., & Rosero, A. (2017). Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. *Enfermería Global*, 16(47). 679-706. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.269261>.
- Pires, A. (2000). *Desenvolvimento pessoal e profissional. Contextos e processos de formação das novas competências profissionais*. Ministério da Educação.
- Pires, A. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competência*. [Tese de Doutoramento]. Faculdade de Ciências e Tecnologia de Lisboa.
- Pires, R. (2009). Supervisão clínica em enfermagem: contributos para a definição de uma política organizacional. *Enfermagem*. N.º 53/54. 49-54.
- Pires, R., Pereira, F., Pires, M., & Santos, M. (2021a). Clinical supervision: representations of nurses in Primary Health Care. *Millenium*. 2(16), 49-56. <https://doi.org/10.29352/mill0216.24768>.
- Pires, R. & Santos, M. (2022). *Supervisão clínica em Enfermagem: Representações de enfermeiros dos cuidados de saúde primários*. Atena Editora.
- Pires, R., Santos, M., Pereira, F., & Pires, M. (2021b). Clinical Supervision Strategies: Critical-Reflexive Analysis of Practices. *Millenium*. 2(14), 47-55. <https://doi.org/10.29352/mill0214.21742>.
- Pires, R., Sousa, C., Ribeiro, S., Cunha, I., & Santos, M. (2020). Ciclo de supervisão de Peter Nicklin num cenário de ensino clínico de enfermagem. *Enfermagem em Foco*. 11(6). 85-91.
- Polit, D., & Beck, C. (2014). *Essentials Of Nursing Research: Appraising Evidence For Nursing Practice*. Wolters Kluwer/Lippincott Williams e Wilkins. 117-141.
- Polit, D., Becker, T., & Hungler, P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artes Médicas.

Pomerantseva, T. (2018). *The main components of socialization and individualization of primary school children*. Vestnik of Minin University. Vol. 6. n.º 3. 8. <https://doi.org/10.26795/2307-2018-6-3-8>.

Portaria n.º 799-D/99, do Ministério da Educação. (1999). Diário da República n.º 219/1999, 1.º Suplemento, Série I-B de 1999-09-18. 2 – 3. <https://data.dre.pt/eli/port/799-d/1999/09/18/p/dre/pt/html>.

Portaria n.º 821/89, Ministérios da Educação e da Saúde. (1989). Diário da República n.º 213/1989, Série I de 1989-09-15. 4125 – 4126. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/821-1989-547610>.

Pretty, M., González, M., Orrio, C., & Jiménez, P. (2010). Competencias del docente clínico enfermeira/o, Universidades Lleida (Espanã) y La Frontera (Chile): Percepción del estudiante. *Ciencia y Enfermería XVI*, (2). 99-106.

Rabiais, I. (2016). *A Centralidade do Estudante do estudante na aprendizagem do cuidado: a natureza da interação no processo de cuidar*. Novas Edições Académicas.

Ramos, L., & Nunes, L. (2017). Modelos de Acompanhamento do Ensino Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*. Vol. 3 N.º 2, Agosto.

Raval, V., & Walker, B. (2019). Unpacking ‘culture’: Caregiver socialization of emotion and child functioning in diverse families. *Developmental Review*. 51. 146–174. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2018.11.001>.

Regulamento Parlamento Europeu. (2016). Regulamento n.º 679/2016. Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016. Tratamento de dados pessoais e livre circulação desses dados, que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>.

Reis, L. (2016). *Relação supervisiva e desenvolvimento da identidade profissional*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Aveiro.

Resk, Z., & Gomes, E. (2008). A formação e a prática gerencial do enfermeiro: caminhos para a práxis transformadora. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16 (1). 71-72.

- Ribeiro, K., & Prado, M. (2013). A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 34 (4). 161-165. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>.
- Rieger, K. (2019). Discriminating among grounded theory approaches. *Nursing Inquiry*. 26:e12261. <https://doi.org/10.1111/nin.12261>.
- Rocha, P., & Rua, M. (2012). Participação dos Enfermeiros na Supervisão de Estudantes em Ensino Clínico. *Congresso Internacional de Supervisão em Enfermagem: novas perspectivas para a mudança*. Universidade do Minho. Escola Superior de Enfermagem.
- Rodrigues, A., Freitas, C., Guerreiro, M., & Jorge, M. (2014). Preceptoria na perspectiva da integralidade: conversando com enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm*. 35(2). 106-112. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2014.02.43946>.
- Rogan, E. (2009). Preparation of nurses who precept baccalaureate nursing students: a descriptive study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. vol. 40. N.º 12. 565-570. <https://doi.org/10.3928/00220124-20091119-06>.
- Roldão, M. (2003). *Gestão do currículo e avaliação de competências – as questões dos professores*. Editorial Presença.
- Romeiro, J., & Figueiredo, A. (2017). Estratégias de ensino em enfermagem para colaborar e trabalhar em equipe: revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 38(3):e66360. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66360>.
- Rua, M. (2009). *De Aluno a Enfermeiro. Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Aveiro.
- Saarikoski, M., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H., & Warne, T. (2005). Validation of the Clinical Learning Environment and Supervision Scale. *International Journal of Nursing Education Scholarship*. N.º 9, Vol. 2, 1. 1-16.
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação. Competências e conhecimento profissional. In: *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação; Balanço de um projecto*. Ministério da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. 39-48.
- Sá-Chaves, I. (2007). *Formação, Conhecimento e Supervisão – Contributos nas Áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Universidade de Aveiro.

- Salisu, W., Nayeri, N., & Yakubu, I. (2019). Challenges and facilitators of professional socialization: A systematic review. *Nursing Open*. 6. 1289–1298. <https://doi.org/10.1002/nop2.341>.
- Santos, J., Figueiredo, A., & Vieira, M. (2019). Innovative pedagogical practices in higher education: An integrative literature review. *Nurse Education Today*. 72. 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.003>.
- Sapeta, P. (2013). Desenvolvimento de competências: os saberes teóricos e os saberes práticos. *Revista do Instituto Politécnico de Castelo Branco*. Ano 3, n.º 4. 4-9.
- Schön, D. (1992). Formar professores como profissionais reflexivos. *Os professores e a sua formação*. D. Quixote. 77-91.
- Serra, M. (2006). Supervisão dos estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros de prática clínica: a perspectiva dos actores. *Associação Portuguesa de Enfermeiros/Investigar para melhor cuidar*. 27.
- Serra, M. (2011). *Aprender a ser enfermeiro. A construção identitária profissional por estudantes de enfermagem*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Lisboa.
- Serrano, M. (2008). *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*. [Tese de Doutoramento]. Universidade de Aveiro.
- Setton, M. (2005). A particularidade do processo de socialização contemporâneo. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*. Vol.17. N.º 2. 335-350.
- Shafakhah, M., Molazem, Z., Khademi, M., & Sharif, F. (2016). Facilitators and inhibitors in developing professional values in nursing students. *Nurs Ethics*. 25 (2). 153-164. <https://doi.org/10.1177/0969733016664981>.
- Shogi, M., Sajadi, M., Oskuie, F., Dehnad, A., & Borimnejad, L. (2019). Strategies for bridging the theory-practice gap from the perspective of nursing experts. *Heliyon*. 5. e02503. 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02503>.
- Shulman, L. (2005). Conocimiento y Enseñanza: fundamentos de la nueva reforma. *Revista de curriculum y formación del profesorado*. 9(2). 1-30. <http://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>.

- Silva, A. (2012). *A Enfermeira e a corresponsabilidade pela formação do aluno em estágio curricular*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Silva, D., & Silva, E. (2004). *O ensino clínico na formação enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium30/8.pdf>.
- Silva, M., & Ferreira, H. (2020). Modelo de reconstrução educacional como aporte teórico e metodológico para o design de ambientes de ensino e aprendizagem da ciência. *Investigações em Ensino de Ciências*, 25(1), 262-281. <https://doi.org/10.22600/1518-8795.ienci2020v25n1p262>.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, N.º 3, 113-122.
- Simões, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem – a perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Aveiro.
- Simões, J., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes. *Revista Referência – II*, N.º 6, 91-108.
- Simões, S., & Borges, S. (2013). Competências Profissionais na Gestão (do) Social: Teoria e Intervenção. *Interações*, 24, 54-77.
- Smedley, A. (2008). Becoming and being a preceptor: a phenomenological study. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 39, N.º 4, 185-191. <https://doi.org/10.3928/00220124-20091119-06>.
- Soares, M. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca. Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Educa. Associação Portuguesa de Enfermeiro.
- Souza, D., Santos, I., Miranda, J., Luna, A., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Perceções do graduando de enfermagem sobre as atividades desenvolvidas durante o estágio supervisionado integrador I. *Revista Enfermagem UFPE on line*, 9 (10), 9550-9557.
- Spencer, L., & Spencer, S. (1993). *Competence at Work*. Wiley.

- Strauss, A. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge University Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1997). *Grounded Theory in Practice*. Thousand Road. Sage Publications.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa. Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Artmed.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2014). *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Grounded Theory*. Sage Publications.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. Lusodidacta.
- Tabari-Khomeiran, R., Kiger, A., Parsa-Yekta, Z., & Ahmadi, F. (2007). Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. September/October. Vol. 38. N.º 5.
- Tavares, J. (1993). *Dimensão Pessoal e Interpessoal na Formação*. Edição CIDInE.
- Teferra, A., & Mengistu, D. (2017). Knowledge and attitude towards nursing clinical preceptorship among Ethiopian nurse educators: An institution-based cross-sectional study. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 7. 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.10.001>.
- Teodósio, S. (2014). *Formação e processos identitários de enfermeiros no rio grande do norte: memória de egressos (anos de 1970)*. [Tese de Doutoramento]. Universidade Federal De Santa Catarina.
- Terblanche, L., & Cilliers, F. (2021). The systems psychodynamic role identity of nursing students during their preceptorship. *Nurse Education Today*, 100, 104834. 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104834>.
- Traynor, M., & Buus, N. (2016). Professional identity in nursing: UK students' explanations for poor standards of care. *Soc Sci Med*. 2016. 166. 186-194. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.08.024>.
- Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Gargari, R., Ghahramanian, A., Tabrizi, F., & Keogh, B. (2016). Pressure and protective factors influencing nursing students' self-esteem: A

content analysis study. *Nurse Educ Today*. 36. 468-472.  
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.10.019>.

Vasconcelos, C., Praia, J. F., & Almeida, L. S. (2003). Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: Da instrução à aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, 7 (1). 11-19.

Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência*. Universidade Católica Editora.

Vilelas, J. (2009). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.

Vygotsky, L. (2012). *Thought and Language*. Martino Fine Books.

Westrupp, E., Macdonald, J., Bennett, C., Havighurst, S., Kehoe, C., Foley, D., Berkowitz, T., King, G., & Youssef, G. (2020). The Child and Parent Emotion Study: protocol for a longitudinal study of parent emotion socialization and child socioemotional development. *BMJ Open*. 10:e038124. 1-14.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038124>.

Wilson, H., & Hutchinson, S. (1996). Methodologic mistakes in grounded theory. *Nursing Research*. Mar-Apr;45(2). 122-124.

Wu, X., Enskär, K., Heng, D., Pua, L., & Wang, W. (2016). The perspectives of preceptors regarding clinical assessment for undergraduate nursing students. *Int. Nurs. Rev.* 63. 473–481. <https://doi.org/10.1111/inr.12272>.

Wu, X., Enskär, K., Pua, L., Heng, D., & Wang, W. (2017). Clinical nurse leaders' and academics' perspectives in clinical assessment of final-year nursing students: A qualitative study. *Nursing and Health Science*. 19. 287–293.  
<https://doi.org/10.1111/nhs.12342>.

Yin, R. (1994). *Case study research: Design and methods*, Sage Publishing, CA.

Zarshenas, L., Sharif, F., Molazem, Z., Khayyer, M., Zare, N., & Ebadi, A. (2014). Professional socialization in nursing: A qualitative content analysis. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 19(4). 432–438.

Zawaduck, C., Healey-Ogden, M., Farrell, S., Lyall, C., & Taylor, M. (2014). Educator informed practice within a triadic preceptorship model. *Nurse Education in Practice*. 14. 214-219. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2013.08.008>.

Zuriguél-Pérez, E., Falcó-Pegueroles, A., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M., Roldán-Merino, J., & Lluch-Canut, M. (2019). Clinical nurses's critical thinking level according to sociodemographic and professional variables (Phase II): A correlational study. *Nurse Education in Practice*. 41.102649. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102649>.

Zuriguél-Pérez, E., Lluch-Canut, M., Agustino-Rodríguez, S., Gómez-Martín, M., Roldán-Merino, J., & Falcó-Pegueroles, A. (2018). Critical thinking: A comparative analysis between nurse managers and registered nurses. *J Nurs Manag.* 1–8. <https://doi.org/10.1111/jonm.12640>.

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1 – Guião da entrevista (Fase exploratória)**

## Guião da Entrevista (fase exploratória)

### TEMA: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO

**ENTREVISTADOS:** Enfermeiros orientadores da prática, dos serviços de Medicina e Cirurgia do CHS, que colaboram na orientação dos estudantes de Enfermagem em contexto de Ensino Clínico do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

#### OBJECTIVOS GERAIS:

- Caracterizar os participantes da investigação
- Identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.
- Descrever como são seleccionados, mobilizados, integrados e transferidos os *saberes* no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.
- Descrever os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	TÓPICOS
A - Legitimação e motivação para a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Legitimar a entrevista.</li> <li>☞ Motivar o entrevistado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Informar o entrevistado acerca das linhas gerais da investigação, validando a Informação ao participante fornecida previamente;</li> <li>☞ Solicitar a colaboração do entrevistado, evidenciando o carácter indispensável dessa colaboração para o êxito do trabalho;</li> <li>☞ Assegurar o anonimato e o carácter confidencial das informações prestadas e que a entrevista tem apenas o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento de um trabalho académico;</li> <li>☞ Pedir autorização para gravar a entrevista, iniciando a mesma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Tempo médio previsto para a entrevista: 60 minutos</li> <li>☞ Responder de modo claro e conciso a todas as perguntas do entrevistado.</li> <li>☞ Esclarecer as dúvidas do entrevistado sem desvio dos objectivos específicos de cada bloco.</li> </ul>

		pela gravação da verbalização do consentimento para a mesma.	
B – Caraterização	☞ Caracterizar os participantes da investigação	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Fale-me sobre o seu percurso académico.</li> <li>☞ E o seu percurso profissional? Como foi?</li> <li>☞ Gosta de ensinar?</li> <li>☞ O que o caracteriza como enfermeiro orientador de estudantes do CLE?</li> <li>☞ Sente motivação para a orientação de estudantes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trajetória académica e profissional</li> <li>☞ Local de formação inicial</li> <li>☞ Instituição saúde (pública/privada/CSP/hospital/lar...)</li> <li>☞ Serviço (se for o caso)</li> <li>☞ N.º anos de profissão</li> <li>☞ N.º anos naquele serviço</li> <li>☞ N.º de anos que orientam estudantes</li> <li>☞ Ano de estudantes que costumam orientar</li> <li>☞ Título de especialista</li> <li>☞ Formação específica na área supervisão clínica</li> <li>☞ Segue algum modelo de orientação clínica?</li> <li>☞ Segue algum modelo teórico?</li> </ul>
C – Recortes Biográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Identificar aspetos de natureza educacional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. (Formação, valores)</li> <li>☞ Identificar aspetos de natureza profissional que influenciam o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Existem aspetos da educação familiar que acha que foram promotores da sua capacidade para a orientação de estudantes?</li> <li>☞ E da sua educação escolar? Algum aspeto que ache relevante?</li> <li>☞ E relativamente a aspetos sociais?</li> <li>☞ Que momentos na sua formação inicial como enfermeiro considera que foram determinantes para o seu desempenho como orientador?</li> <li>☞ E da sua experiência profissional? Que momentos considera determinantes para o seu desempenho como orientador?</li> <li>☞ Fale-me do seu percurso enquanto orientador de estudantes de Enfermagem?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trajetória educacional</li> <li>☞ Valores/crenças pessoais</li> <li>☞ Aspetos educacionais familiares</li> <li>☞ Lazer</li> <li>☞ Papel social</li> <li>☞ Aspetos escolares: formação básica e profissional inicial</li> <li>☞ Aspetos profissionais: experiência, experiência enquanto</li> </ul>

	desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. <i>(Experiência profissional)</i>	☞ Sente/sentiu necessidade de formação nesta área específica?	orientador, saber profissional, formação contínua.
D – Desenvolvimento de competências	☞ Descrever como são selecionados, mobilizados, integrados e transferidos os saberes no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.	☞ Recorda-se da sua primeira experiência de orientação de estudantes? Fale-me sobre ela. ☞ Como sente que evoluiu o seu percurso como orientador? ☞ Como acha que aprendeu a ser orientador dos estudantes de Enfermagem? ☞ Como adquire novos “conhecimentos” nesta área? ☞ Como mobiliza esses “conhecimentos” na orientação de estudantes? ☞ Como os transfere para as situações reais com que é confrontado na orientação de estudantes? ☞ Como se sente agora quando tem um estudante do CLE para orientar?	☞ Conhecimentos/Informações ☞ Recursos ☞ Habilidades ☞ Métodos/Técnicas/Procedimentos ☞ Processos ☞ Prática reflexiva ☞ Adquire conhecimentos com os pares ☞ Mobiliza, seleciona, integra e transfere ☞ Ligado, a interagir, a desenvolver competências ☞ Maestria, integração fluida da identidade
E – Contexto profissional	☞ Descrever os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. <i>(Caraterísticas específicas e relações sociais)</i>	☞ Considera o seu contexto profissional promotor da prática de orientação de estudantes? Justifique. ☞ De que forma o contexto profissional influenciou o seu desenvolvimento de competências enquanto orientador do ensino clínico.? ☞ De que forma as relações estabelecidas no contexto influenciaram seu desenvolvimento de competências enquanto orientador do ensino clínico.?	☞ Caraterísticas específica do contexto (organização, serviço, chefia, pares, equipa multidisciplinar, normas institucionais). ☞ Relações sociais (chefia, pares, estudantes, equipa multidisciplinar).
F - Informações complementares	☞ Recolher elementos de carácter complementar	☞ Pedir aos entrevistados para referir aspetos que não tenham sido questionados/abordados e que considerem relevantes. ☞ Pedir para avaliar o momento da entrevista.	

## **Apêndice 2 – Guião da entrevista (Pré-teste)**

## Guião da Entrevista (Pré-teste)

### TEMA: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO

**ENTREVISTADOS:** Enfermeiros orientadores da prática, dos serviços de Medicina e Cirurgia do CHS, que colaboram na orientação dos estudantes de Enfermagem em contexto de Ensino Clínico do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

#### OBJECTIVOS GERAIS:

- Caracterizar os participantes da investigação
- Identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.
- Descrever como são seleccionados, mobilizados, integrados e transferidos os *saberes* no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.
- Descrever os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	TÓPICOS
A - Legitimação e motivação para a entrevista	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Legitimar a entrevista.</li> <li>☞ Motivar o entrevistado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Informar o entrevistado acerca das linhas gerais da investigação, validando a Informação ao participante fornecida previamente;</li> <li>☞ Solicitar a colaboração do entrevistado, evidenciando o carácter indispensável dessa colaboração para o êxito do trabalho;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Tempo médio previsto para a entrevista: 60 minutos</li> <li>☞ Responder de modo claro e conciso a todas as perguntas do entrevistado.</li> <li>☞ Esclarecer as dúvidas do</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Assegurar o anonimato e o carácter confidencial das informações prestadas e que a entrevista tem apenas o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento de um trabalho académico;</li> <li>☞ Pedir autorização para gravar a entrevista, iniciando a mesma pela gravação da verbalização do consentimento para a mesma.</li> </ul>	entrevistado sem desvio dos objectivos específicos de cada bloco.
B – Caraterização	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Caracterizar os participantes da investigação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Fale-me sobre o seu percurso académico.</li> <li>☞ E o seu percurso profissional? Como foi?</li> <li>☞ Gosta de ensinar?</li> <li>☞ O que o caracteriza como enfermeiro orientador de estudantes do CLE?</li> <li>☞ Sente motivação para a orientação de estudantes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trajetória académica e profissional</li> <li>☞ Local de formação inicial</li> <li>☞ Instituição saúde (pública/privada/CSP/hospital/lar...)</li> <li>☞ Serviço (se for o caso)</li> <li>☞ N.º anos de profissão</li> <li>☞ N.º anos naquele serviço</li> <li>☞ N.º de anos que orientam estudantes</li> <li>☞ Ano de estudantes que costumam orientar</li> <li>☞ Título de especialista</li> <li>☞ Formação específica na área supervisão clínica</li> <li>☞ Segue algum modelo de orientação clínica?</li> <li>☞ Segue algum modelo teórico?</li> </ul>
C – Recortes Biográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Identificar aspetos de natureza educacional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. (Formação, valores)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Existem aspetos da educação familiar que acha que foram promotores da sua capacidade para a orientação de estudantes?</li> <li>☞ E da sua educação escolar? Algum aspeto que ache relevante?</li> <li>☞ E relativamente a aspetos sociais?</li> <li>☞ Que momentos na sua formação inicial como enfermeiro considera que foram determinantes para o seu desempenho como orientador?</li> <li>☞ E da sua experiência profissional? Que momentos considera determinantes para o seu desempenho como orientador?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trajetória educacional</li> <li>☞ Valores/crenças pessoais</li> <li>☞ Aspetos educacionais familiares</li> <li>☞ Lazer</li> <li>☞ Papel social</li> <li>☞ Aspetos escolares: formação básica e profissional inicial</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Identificar aspetos de natureza profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. (<i>Experiência profissional</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Fale-me do seu percurso enquanto orientador de estudantes de Enfermagem?</li> <li>☞ Sente/sentiu necessidade de formação nesta área específica?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Aspetos profissionais: experiência, experiência enquanto orientador, saber profissional, formação contínua.</li> </ul>
D – Desenvolvimento de competências	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Descrever como são selecionados, mobilizados, integrados e transferidos os saberes no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Recorda-se da sua primeira experiência de orientação de estudantes? Fale-me sobre ela.</li> <li>☞ Como sente que evoluiu o seu percurso como orientador?</li> <li>☞ Como acha que aprendeu a ser orientador dos estudantes de Enfermagem?</li> <li>☞ Como adquire novos “<i>conhecimentos</i>” nesta área?</li> <li>☞ Como mobiliza esses “<i>conhecimentos</i>” na orientação de estudantes?</li> <li>☞ Como os transfere para as situações reais com que é confrontado na orientação de estudantes?</li> <li>☞ Como se sente agora quando tem um estudante do CLE para orientar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Conhecimentos/Informações</li> <li>☞ Recursos</li> <li>☞ Habilidades</li> <li>☞ Métodos/Técnicas/Procedimentos</li> <li>☞ Processos</li> <li>☞ Prática reflexiva</li> <li>☞ Adquire conhecimentos com os pares</li> <li>☞ Mobiliza, seleciona, integra e transfere</li> <li>☞ Ligado, a interagir, a desenvolver competências</li> <li>☞ Maestria, integração fluida da identidade</li> </ul>
E – Contexto profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Descrever os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. (<i>Caraterísticas específicas e relações sociais</i>)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Considera o seu contexto profissional promotor da prática de orientação de estudantes? Justifique.</li> <li>☞ De que forma o contexto profissional influenciou o seu desenvolvimento de competências enquanto orientador do ensino clínico?</li> <li>☞ De que forma as relações estabelecidas no contexto influenciaram seu desenvolvimento de competências enquanto orientador do ensino clínico?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Caraterísticas específica do contexto (organização, serviço, chefia, pares, equipa multidisciplinar, normas institucionais).</li> <li>☞ Relações sociais (chefia, pares, estudantes, equipa multidisciplinar).</li> </ul>
F - Informações complementares	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Recolher elementos de carácter complementar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pedir aos entrevistados para referir aspetos que não tenham sido questionados/abordados e que considerem relevantes.</li> <li>☞ Pedir para avaliar o momento da entrevista.</li> </ul>	

### **Apêndice 3 – Guia da entrevista (Em profundidade)**

## Anexo III – Guião da Entrevista

### TEMA: PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO

ENTREVISTADOS: Enfermeiros orientadores da prática, dos serviços de Medicina e Cirurgia do CHS, que colaboram na orientação dos estudantes de Enfermagem em contexto de Ensino Clínico do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

#### OBJECTIVO GERAL:

▪ Compreender o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem em contexto hospitalar.

#### OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar os participantes da investigação;
- Identificar “recortes” biográficos de natureza educacional e profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.;
- Identificar os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico;
- Descrever os recursos pré-adquiridos ao longo da vida que são mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro orientador do ensino clínico.

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DE QUESTÕES	TÓPICOS
A - Legitimação e motivação para a entrevista	☞ Legitimar a entrevista. ☞ Motivar o entrevistado.	☞ Informar o entrevistado acerca das linhas gerais da investigação, validando a Informação ao participante fornecida previamente; ☞ Solicitar a colaboração do entrevistado, evidenciando o carácter indispensável dessa colaboração para o êxito do	☞ Tempo médio previsto para a entrevista: 60 minutos ☞ Responder de modo claro e conciso a todas as perguntas do entrevistado.

		<p>trabalho;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Assegurar o anonimato e o carácter confidencial das informações prestadas e que a entrevista tem apenas o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento de um trabalho académico;</li> <li>☞ Pedir autorização para gravar a entrevista, iniciando a mesma pela gravação da verbalização do consentimento para a mesma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Esclarecer as dúvidas do entrevistado sem desvio dos objectivos específicos de cada bloco.</li> </ul>
B – Caraterização	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Caracterizar os participantes da investigação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Fale-me sobre o seu percurso enquanto estudante.</li> <li>☞ E o seu percurso profissional como foi?</li> <li>☞ Sente/sentiu necessidade de formação específica para a orientação de estudantes de Enfermagem?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trajetória académica e profissional</li> <li>☞ Local de formação inicial</li> <li>☞ Serviço (se for o caso)</li> <li>☞ N.º anos de profissão</li> <li>☞ N.º anos naquele serviço</li> <li>☞ N.º de anos que orientam estudantes</li> <li>☞ Ano de estudantes que costumam orientar</li> <li>☞ Título de especialista</li> <li>☞ Formação específica na área supervisão clínica</li> <li>☞ Modelo de orientação clínica</li> <li>☞ Modelo teórico na sua prática</li> </ul>
C – Recortes Biográficos	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Identificar aspetos de natureza educacional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.</li> <li>☞ Identificar aspetos de natureza profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.</li> </ul>	<p>Considerando a sua capacidade e competências desenvolvidas na orientação de estudantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Existem aspetos da sua educação familiar que foram promotores da sua capacidade para a orientação de estudantes?</li> <li>☞ E a nível da sua educação escolar existiu algum aspeto/experiência vivenciada que considere relevante?</li> <li>☞ Recordar-se de alguma experiência a nível social que possa ter sido promotora da sua capacidade de orientação de estudantes?</li> <li>☞ Quais os traços da sua personalidade que considera importantes para o desenvolvimento de competências de orientação?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Trajetória educacional</li> <li>☞ Aspetos educacionais familiares</li> <li>☞ Aspetos escolares: formação básica</li> <li>☞ Lazer</li> <li>☞ Papel social</li> <li>☞ Valores/crenças pessoais</li> <li>☞ Aspetos escolares: formação profissional inicial</li> <li>☞ Aspetos profissionais: experiência, experiência enquanto orientador, saber profissional,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Que momentos na sua formação inicial como enfermeiro, na licenciatura, considera que foram determinantes para o seu desempenho como orientador?</li> <li>☞ E da sua experiência profissional que momentos considera que foram determinantes para o seu desempenho como orientador?</li> </ul>	formação contínua.
D – Desenvolvimento de competências	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Descrever os recursos mobilizados no desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Recordar-se da sua primeira experiência de orientação de estudantes? Fale-me sobre ela.</li> <li>☞ Descreva-me o seu percurso enquanto orientador de estudantes de Enfermagem?</li> <li>☞ Que recursos já adquiridos ao longo da sua vida mobiliza na orientação de estudantes de Enfermagem?</li> <li>☞ Como acha que aprendeu a ser orientador dos estudantes de Enfermagem?</li> <li>☞ O que o caracteriza agora, como enfermeiro orientador de ensino clínico?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Conhecimentos/Informações</li> <li>☞ Recursos</li> <li>☞ Habilidades</li> <li>☞ Métodos/Técnicas/Procedimentos</li> <li>☞ Processos</li> <li>☞ Prática reflexiva</li> </ul>
E – Contexto profissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Descrever os aspetos do contexto profissional que influenciam o desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ De que forma o seu contexto profissional influenciou o seu desenvolvimento de competências enquanto orientador do ensino clínico?</li> <li>☞ Quais as características do seu contexto de trabalho que lhe permitiram desenvolver competências de orientação de estudantes?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Características específica do contexto (organização, serviço, chefia, pares, equipa multidisciplinar, normas institucionais). relações</li> <li>☞ Relações sociais (chefia, pares, estudantes, equipa multidisciplinar).</li> </ul>
F - Informações complementares	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Recolher elementos de carácter complementar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Pedir aos entrevistados para referir aspetos que não tenham sido questionados/abordados e que considerem relevantes.</li> <li>☞ Pedir para avaliar o momento da entrevista.</li> </ul>	

## Apêndice 4 – Informação para os participantes

### INFORMAÇÃO PARA OS PARTICIPANTES



#### Investigação no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem

Investigador: Guida Amaral

#### *Processo de Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico*

O presente estudo de investigação enquadra-se no Programa de Doutoramento em Enfermagem, sobre o Processo de Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico., no contexto de Ensino Clínico de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE). Tem como objetivo geral compreender o processo desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico. de estudantes do CLE em contexto hospitalar. Os objetivos específicos são caracterizar os participantes, identificar “recortes” biográficos de natureza educacional, profissional, do contexto profissional e descrever como são transferidos os *saberes* para o desenvolvimento de competências. Para a recolha de dados utilizaremos entrevistas semiestruturadas, com questões abertas, gravadas em suporte magnético (após consentimento gravado no início da entrevista), e que serão validadas pelo entrevistado após a sua transcrição. As entrevistas irão decorrer no serviço, em horário facilitador para o serviço e o entrevistado.

Os informantes-chave serão enfermeiros em diferentes estadios do seu desenvolvimento profissional dos serviços de Medicina e Cirurgia.

Neste projeto de investigação serão considerados todos os aspetos éticos inerentes a um percurso de investigação nomeadamente: dignidade e respeito, consentimento livre e esclarecido; carácter voluntário; anonimato dos participantes; confidencialidade das informações; segurança no tratamento dos dados e possibilidade de abandono da investigação a qualquer momento. Os dados recolhidos serão apenas utilizados para o fim da investigação, sendo destruídos após a publicação da investigação e os resultados da mesma serão divulgados aos participantes.

**A sua colaboração enquanto enfermeiro orientador é fundamental.**

Disponível para mais esclarecimentos,

Enf.<sup>a</sup> Guida Amaral

965408672

[gmms.amaral@gmail.com](mailto:gmms.amaral@gmail.com)

## Apêndice 5 – Termo de consentimento informado livre e esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO



#### Investigação no âmbito do Programa de Doutoramento em Enfermagem

Investigador: Guida Amaral

#### *Processo de Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Orientador do Ensino Clínico*

O estudo de investigação cujo tema é o Processo de Desenvolvimento de Competências do Enfermeiro Orientador do ensino clínico, enquadra-se no Programa de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (Lisboa), e irá decorrer nos serviços de Medicina e Cirurgia do Centro Hospitalar de Setúbal e tem como objetivo geral, compreender o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro enquanto orientador do ensino clínico de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem em contexto hospitalar.

Pretendemos contribuir para o desenvolvimento do ensino, melhorar a prática clínica, contribuir para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem, e como tal **a sua colaboração enquanto enfermeiro orientador é fundamental.**

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. A recolha de dados será realizada por uma entrevista semi-estruturada (gravada em audio, com previa gravação do consentimento para a mesma), com a duração de sensivelmente 1 hora, a ser realizada nos respetivos serviços. Após a transcrição a mesma será validada pelo participante.

A seleção dos participantes será numa fase inicial com o apoio dos Enfermeiros Chefes, considerando a experiência na orientação de estudantes e a experiência profissional.

Durante este estudo será assegurada o anonimato das entrevistas (por numeração), a confidencialidade e segurança dos dados, que os mesmos serão apenas utilizados para o fim da investigação e os resultados da mesma serão divulgados aos participantes. O participante pode aceder aos dados em qualquer momento da investigação, assim como abandonar o estudo, se assim o entender, sendo os referidos dados imediatamente apagados.

Muito obrigado pela sua disponibilidade e colaboração

Por favor leia com atenção a seguinte informação. Se achar algo incorreto ou que não esteja claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento

Enf.<sup>a</sup> Guida Amaral

965408672

[gmms.amaral@gmail.com](mailto:gmms.amaral@gmail.com)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Este documento é composto de 2 paginas e feito em duplicado: uma via para a investigadora, outra para a pessoa que consente.