



**José Manuel Rodrigues Supervisão da educação clínica em Radiologia.  
Pereira Perspectiva do aluno**



**José Manuel Rodrigues Supervisão da educação clínica em Radiologia.  
Pereira Perspectiva do aluno**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

## **o júri**

presidente

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

vogais

Doutor Manuel José Lopes, Professor Coordenador da Escola Superior de  
Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora

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

## **agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Doutor Wilson Abreu pelo acompanhamento neste percurso, cujo o saber é uma referência incontornável para quem se aventura nesta temática.

Aos meus professores da componente curricular de Mestrado, que me incentivaram a desenvolver as competências necessárias para a realização deste trabalho, destacando de entre eles a Professora Doutora Isabel Alarcão de quem tive a honra de ser um dos seus últimos alunos e que será para mim uma eterna referência do que é ser professor.

À Ana Patrícia minha companheira nesta aventura, com a qual partilhei muitos momentos neste processo, gerando uma verdadeira relação de amizade entre nós.

À Isabel Fonseca pela amizade e ajuda prestada no tratamento estatístico.

À Marta ao Bernardo e ao Guilherme por existirem na minha vida, sem vocês este esforço não faria sentido.

**palavras-chave**

Supervisão clínica, Formação inicial dos Técnicos de Radiologia, Competências dos mentores.

**resumo**

A supervisão clínica na formação inicial dos Técnicos de Radiologia representa uma dimensão crucial no seu processo de educação pessoal e profissional, conduzindo ao desenvolvimento de competências em contexto de trabalho real.

O supervisor (mentor) assume, assim, um papel predominante no processo superviso e um impacto considerável no processo de aprendizagem dos alunos. Por essa razão, o supervisor deve possuir um elevado nível de competências técnicas e pedagógicas.

O objectivo deste estudo de caso é compreender o que os alunos pensam sobre as competências dos seus supervisores e de que forma elas interferem, influenciam e condicionam o seu processo de aprendizagem.

Participaram neste estudo 32 alunos (do 3º ano do Curso de Radiologia), de uma escola politécnica situada no norte de Portugal. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados, uma versão adaptada do questionário “Clinical Learning Assessment Inventory – Mentor (CLASI-M)” de Abreu e Calvário (2005).

Dos resultados do estudo emerge a relação supervisiva em conjunto com o feedback transmitido pelo supervisor ao longo do processo, como os factores que, na óptica dos participantes no estudo, mais contribuem para o sucesso da sua aprendizagem. O estudo identifica também algumas deficiências ao nível das competências pedagógicas dos supervisores.

Acreditamos que este estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão sobre o que os alunos pensam sobre o processo superviso e os papéis que devem desempenhar, nesta matéria, a escola, as organizações de saúde e o supervisor.

**keywords**

Clinical supervision, Initial training of Radiology Technicians, Mentor abilities .

**abstract**

Supervision of clinical learning in the initial training of Radiology Technicians is a crucial dimension in their process of personal and professional education, leading to the development of competencies in real context of working.

A supervisor (mentor) has a predominant role in the supervising process, and considerable impact on students learning process. For this reason, the supervisor must have a high level of technical and pedagogic competencies.

The aim of this case study was to understand what students think about the competencies of their supervisors and in which way they interfere, influence and shape the learning process.

The participants of this study were 32 students (3rd year of a Radiology class), from a polytechnic school in the North of Portugal. An adaptation of the questionnaire "Clinical Learning Assessment Inventory – Mentor (CLASI-M)" (Abreu e Calvário, 2005) was used for data collection.

The results show that the relationship between the student and the supervisor and the supervisor's feedback during the process, are the most important factors that contribute to the students successful learning. The study has also identify some needs concerning supervisors' pedagogical competencies.

We believe that this study can contribute to a better understanding of what students think about the supervision process and what is important to do in this matter by the school, by the health organizations and by the supervisors.

## INDICE

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	8
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b> .....	9
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>PARTE I – APRENDIZAGEM E CONTEXTO CLÍNICO</b> .....	18
<b>1 – O CONTEXTO CLÍNICO</b> .....	20
1.1 - Representações sociais sobre saúde e doença .....	26
1.2 - Contexto hospitalar: problemáticas organizacionais.....	36
1.3 - Modelos de certificação da qualidade.....	40
<b>2 – A APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO</b> .....	43
2.1 – Reflexão e aprendizagem segundo Vygotsky, Dewey e Kolb.....	45
2.2 - A epistemologia da prática segundo Donald Schön .....	53
2.3 - Perspectiva ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner .	56
2.4 - Como se formam os alunos em contexto clínico? .....	62
<b>3 - FORMAÇÃO EM RADIOLOGIA</b> .....	65
3.1 - Resenha histórica.....	65
3.2 - Criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde: início da fase científica.....	68
3.3 - O curso de Radiologia: trajectos de formação.....	71
<b>4 - ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO</b> .....	75
4.1 - Supervisão: conceito e alcance .....	77
4.2 - Supervisão clínica em saúde .....	81
4.3 - Formação em parceria.....	84
4.4 – Figura e papel do mentor.....	87

<b>II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	96
<b>1 - METODOLOGIA DO ESTUDO</b> .....	98
1.1 - Enquadramento do estudo .....	99
1.2 - Questões de investigação .....	101
1.3 - Modo de investigação: estudo de caso.....	103
1.4 - Participantes no estudo .....	104
1.5 - Técnicas e instrumentos de recolha de dados .....	105
1.6 - Recolha de dados.....	110
<b>2 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS</b> .....	113
2.1 - A amostra e os locais de estágio.....	114
2.2 - Caracterização do contexto dos estágios clínicos .....	118
2.3 - Satisfação face às experiências supervisivas.....	130
2.4 - Momentos significativos.....	138
<b>3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	148
3.1 - Caracterização da amostra e dos locais de estágio .....	148
3.2 - Contexto de aprendizagem.....	150
3.3 - Contexto psicossocial .....	172
3.4 - Síntese dos resultados .....	184
<b>4 - CONCLUSÃO</b> .....	191
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	198
<b>ANEXOS:</b>	
Anexo 1 – CLASI-M .....	224
Anexo 2 – CLASI-M Modificado.....	226

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Distribuição dos alunos por idades.....	115
QUADRO 2 - Distribuição dos alunos por locais de estágio.....	117
QUADRO 3 – Distribuição dos monitores por categoria profissional .....	118
QUADRO 4 - Conhecimento prévio dos alunos sobre o local de estágio .....	119
QUADRO 5 - Tipo de acompanhamento supervisão dos alunos.....	120
QUADRO 6 - Oportunidade dos alunos expressarem necessidades de formação.....	121
QUADRO 7 – Apoio didático e informação sobre controlo de infeção hospitalar .....	122
QUADRO 8 – Periodicidade com que o aluno informou o seu monitor sobre os objectivos alcançados .....	123
QUADRO 9 – Momentos de reflexão disponibilizados pelo monitor e apoio do docente .....	125
QUADRO 10 – Dados relativos às respostas dadas às questões 20, 21, 22, 23, 24 e 25 da II parte do questionário .....	126
QUADRO 11 – Dados relativos às respostas dadas às questões 28, 29 e 30 da II parte do questionário .....	129
QUADRO 12 – Inventário com as frequências das respostas dadas pelos alunos.....	131
QUADRO 13 – Inventário com a moda das respostas dadas pelos alunos .....	136
QUADRO 14 – Valor de correlação e significância estatística entre a variável 24 e as restantes variáveis do inventário .....	137
QUADRO 15 – Dimensões e categorias da análise de conteúdo .....	142
QUADRO 16 – Dimensão relação.....	143
QUADRO 17 – Dimensão autonomia.....	144
QUADRO 18 – Dimensão modelo profissional.....	145
QUADRO 19 – Dimensão suporte supervisão.....	146
QUADRO 20 – Dimensão planeamento .....	147

## INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos alunos por sexo .....	116
GRÁFICO 2 - Envolvimento dos alunos em actividades com a equipa.....	122
GRÁFICO 3 – Auxílio do monitor na elaboração do plano de actuação adequado a cada doente.....	124
GRÁFICO 4 – A relação com osTécnicos de Radiologia do Serviço favoreceu a sua aprendizagem? .....	128
GRÁFICO 5 – Avaliação dos alunos face à orientação disponibilizada .....	130

## INTRODUÇÃO

A formação clínica constitui-se como um elemento fundamental na formação dos alunos da Licenciatura em Radiologia. Proporciona aos alunos o seu primeiro contacto com o mundo profissional, tendo oportunidade de experimentar procedimentos, adquirir competências práticas, contactar com os doentes e conviver com os actores que fazem parte do quotidiano profissional. O aluno é inserido num mundo de relações reais e presentes onde tem a possibilidade de se avaliar (Távora, 2002). Em suma são espaços de formação onde os alunos adquirem auto-confiança e formam o auto-conceito, visando a sua integração nos contextos com que se irão confrontar ao iniciar a sua vida profissional.

Assistiu-se nos últimos anos a uma alteração dos modelos que servem de orientação teórica da formação profissionalizante. O paradigma baseado no racionalismo técnico foi cedendo espaço a uma epistemologia da prática que tem como referência a competência subjacente à boa prática profissional: a racionalidade crítica (Pires et al, 2004). De igual modo o ensino deixa de estar centrado no professor, para se concentrar no aluno e nas suas necessidades educativas, implicando-o no seu processo formativo.

Inseridos nessa perspectiva os estágios permitem ao aluno, de acordo com a perspectiva de Martin (1991), desenvolver a sua identidade profissional, descobrir o seu modo de aprendizagem e lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais.

Para Wong e Wong (1987) os estágios visam preparar o aluno para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente em relação aos cuidados a prestar aos doentes, bem como, adquirir competências pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização profissional. Permitem a consciencialização do aluno para os diferentes papéis que terá de desempenhar enquanto profissional, bem como das competências requeridas para o seu desempenho (Matos, 1997).

Silva e Silva (2006) apontam a formação em contexto clínico como um espaço que permite aos alunos desenvolver a dimensão de socialização a par da aquisição de outras competências no âmbito de trabalho, tais como: trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas. Os mesmos autores referem ainda que só com a interação entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho, os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo.

As profissões ligadas à área da saúde têm assistido a profundas e constantes transformações ao nível do saber, tecnológicas, organizacionais, dos modelos assistenciais e do nível das expectativas da sociedade em relação aos cuidados de saúde (Abreu, 2007). Para fazer face a esse cenário é essencial formar profissionais pró-activos dotados de competências que facilitem a inovação, privilegiem o pensamento e a análise crítica de forma a se adaptarem às diversas dificuldades e desafios que irão surgir ao longo da sua carreira profissional. Deste modo será mais fácil manter um elevado nível de desempenho, podendo em simultâneo contribuir com importantes subsídios para o desenvolvimento da sua profissão.

Ao iniciarem a sua formação clínica, os alunos são inseridos num contexto complexo que é para eles desconhecido, caracterizando-se por ser um ambiente social onde se cruzam as lógicas dos utentes, dos formadores, dos profissionais de saúde e dos alunos (Abreu, 2003), envolvidas numa cultura organizacional própria de cada instituição de saúde. Os alunos, munidos dos conhecimentos teóricos apreendidos na Escola, aspiram crescer do ponto de vista pessoal e profissional no decorrer dos estágios. O processo de aprendizagem em ambiente clínico pode ser observado sob uma perspectiva ecológica de desenvolvimento humano, pois tal como enuncia a teoria formulada por Bronfenbrenner (1996) estamos perante a interação mútua e progressiva entre um indivíduo activo (o aluno), em constante crescimento e as propriedades do contexto clínico também ele em permanente mutação, sendo esse processo influenciado pelos contextos mais vastos em que eles se integram.

O quadro cognitivo que o aluno possui quando chega ao local de estágio tem origem nos conhecimentos apreendidos nas aulas teóricas e nas experiências sociais e culturais por ele vividas até essa altura. Os conceitos teóricos nem sempre são suficientes para vencer os desafios que a prática coloca. O desenvolvimento de competências resultará da articulação da teoria com a prática.

Vygotsky, um teórico russo do início do século XX, acreditava que o processo de desenvolvimento humano está dependente das interações sociais e que a aprendizagem social conduziria ao desenvolvimento cognitivo (Abreu, 2007). Nos seus estudos identificou dois níveis de desenvolvimento: um real, já adquirido ou formado, que determina o que a pessoa já é capaz de fazer por si própria, e um potencial, ou seja, a capacidade de aprender com outra pessoa. Defendeu a existência de uma área de potencial desenvolvimento cognitivo que designou por *Zona de Desenvolvimento Proximal*, definida como a distância que medeia entre o nível actual de desenvolvimento do aluno, determinado pela sua capacidade actual de resolver problemas individualmente e o nível de desenvolvimento potencial, determinado pela capacidade de resolução de problemas sob orientação de alguém mais capaz (Fino, 2001). A zona de Desenvolvimento Proximal é, pois, um domínio psicológico em constante transformação; aquilo que um aluno é capaz de fazer hoje com a ajuda de alguém, conseguirá fazer sozinho amanhã (Pereira, 2003).

É ao nível da Zona de Desenvolvimento Proximal do aluno em estágio que o supervisor deverá centrar a sua atenção, com um conjunto de estratégias que visem a autonomia profissional do aluno. A relação supervisor – aluno figura como papel principal no processo de aquisição de aprendizagens significativas no decorrer dos estágios clínicos. As diversas formas de linguagem assumem-se como mediadoras da aprendizagem, pois só através delas é possível a existência da comunicação entre supervisor e o aluno. Utilizando diversas formas de linguagem é possível transmitir um conjunto de informações que faça sentido para o aluno, tendo no entanto em atenção que *“o sucesso das mensagens está dependente da sincronização entre elas, nomeadamente das que assumem*

*formas distintas, mas que acabam por ser socioculturais devido à sua natureza”* (Abreu, 2007: 117).

Para que uma determinada experiência se transforme em uma aprendizagem significativa é necessário que seja alvo de reflexão, pois esta constitui-se como uma parte essencial da aprendizagem pela experiência (Green e Holloway, 1997). O desmembrar do acontecimento e conseqüente reconstrução à luz de referentes teóricos contextualmente relevantes, resulta numa reorganização do quadro conceptual do aluno. Através da reflexão conjunta com o seu supervisor, o aluno irá integrar os conhecimentos que resultam da prática com os que lhe foram ministrados nas aulas teóricas, resultando na diminuição do fosso que é criado entre a teoria e a prática. Alarcão (1996) aludindo aos estudos encetados por Donald Schön, refere que este autor identifica três diferentes formas de reflexão perante uma acção: reflexão na acção, reflexão sobre a acção e reflexão sobre a reflexão na acção, sendo esta última importante para a construção individual da forma de pensar do aluno.

A reflexão permite ainda compreender o alcance dos mecanismos presentes na resposta dada perante uma determinada situação, proporcionando a projecção das soluções encontradas para outras situações com contornos semelhantes, ao mesmo tempo que contribui para a aquisição de competências ao nível do pensamento crítico no aluno, constituindo-se este como um factor facilitador do sucesso profissional e pessoal.

O papel desempenhado pelo supervisor da prática clínica dos alunos em estágio assume-se assim como uma figura central no processo de aprendizagem dos mesmos. Dependerá em grande parte da validade das estratégias encetadas por ele com vista ao desenvolvimento do aluno, o sucesso do processo formativo. No curso de Radiologia o supervisor clínico designa-se por monitor de estágio e tem como missão a orientação e suporte dos alunos em estágio.

Os alunos do curso de Radiologia concebem expectativas elevadas sobre o papel dos estágios clínicos no seu desenvolvimento rumo à profissionalização, e esperam que o desempenho do seu monitor de estágio vá ao encontro dessas expectativas. As estratégias formativas desenvolvidas por estes no decurso do

estágio devem ser cuidadosamente delineadas de forma a não gorarem as expectativas dos alunos.

Para que o orientador da prática clínica exerça de uma forma eficaz as sua funções é necessário que possua características do ponto de vista profissional e pessoal, que facilitem aos alunos a obtenção de novos saberes, aprendizagem de novas competências, adopção de novos comportamentos e aquisição de novas atitudes.

Nesta óptica faz sentido reflectir sobre o perfil de características e competências do orientador de estágio. Sendo os alunos a razão de ser da Licenciatura em Radiologia, importa conhecer as suas representações nesta matéria.

Perante este cenário, o objecto de estudo deste trabalho de investigação inserido no Curso de Mestrado em Supervisão (Universidade de Aveiro), centra-se na seguinte questão de partida: que características dos orientadores de estágio, os alunos da Licenciatura em Radiologia mais valorizam para o seu processo de aprendizagem?

Várias são as razões que justificam a escolha desta temática. Desde logo a discussão actual existente no País sobre a reforma do Ensino Superior que introduzirá um novo paradigma nos cursos ligados à saúde. No processo de adaptação do curso de Radiologia ao novo modelo emergido do tratado de Bolonha é previsível que a carga horária afecta aos estágios clínicos sofra uma redução em relação ao modelo actual. Desse modo é crucial melhorar estratégias de supervisão dos estágios clínicos, que se revelem eficazes de forma a rentabilizar os períodos a eles destinados. Este estudo poderá auxiliar a identificar algumas dessas estratégias.

Na óptica da racionalidade dos recursos, pretende-se averiguar se a orientação dos estágios clínicos praticada no Curso de Radiologia contribui positivamente para atingir o objectivo principal do curso: a formação de Técnicos de Radiologia competentes, capazes de darem o seu contributo para o desenvolvimento da profissão.

Igualmente do ponto de vista didáctico deslumbramos razões que justifiquem este trabalho. Os alunos criam expectativas quer sobre os estágios quer sobre o

desempenho dos orientadores que lhe são atribuídos. Para averiguar se as expectativas estão a ser correspondidas é determinante conhecê-las, o que é possível através deste estudo.

Este trabalho, realizado no âmbito de uma tese de Mestrado em Supervisão, requer que o tema a investigar se situe no seu campo de acção. Debruçando-se esta investigação sobre um processo supervisivo bem definido, remete para as percepções que os supervisados (os alunos) têm sobre o desempenho dos seus supervisores (orientadores de estágio); estamos convictos que contribuirá para o aumento do conhecimento científico na área da supervisão.

Por último, mas de igual forma importante, reside o nosso interesse pessoal nas respostas que forem encontradas no final da investigação ao problema formulado. O investigador é orientador de estágio de alunos do Curso de Radiologia há 12 anos, pelo que esta investigação se constitui como uma mais valia para o seu desempenho enquanto responsável pelo acompanhamento das práticas dos alunos em estágio, levando-o a repensar comportamentos passados e a delinear novas atitudes para o futuro. Trata-se de perceber o que os alunos esperam do desempenho dos seus orientadores de estágio, com o propósito de aproximar a sua conduta às necessidades por eles expressas.

Com o intuito de dar resposta à questão inicial, começamos por enumerar alguns objectivos mais específicos que nos ajudam a delimitar e melhor caracterizar o problema em questão.

Assim os objectivos específicos que propomos para este trabalho de investigação são:

- ✓ Analisar a percepção dos alunos sobre a importância dos ensinamentos clínicos na sua formação;
- ✓ Conhecer a representação dos alunos sobre as competências e características desejáveis no orientador de estágio;
- ✓ Avaliar o entendimento dos alunos sobre a influência que os orientadores de estágio têm no desenvolvimento da sua socialização profissional;

- ✓ Identificar características, atitudes e comportamentos do orientador de estágio que na óptica dos alunos influenciam os resultados da aprendizagem.

O trabalho divide-se em duas partes. A primeira servirá para enquadrar o trabalho nos referentes teóricos que lhe estão subjacentes. A segunda versará sobre a investigação empreendida.

A fundamentação teórica está dividida em quatro capítulos que versam sobre a aprendizagem e o contexto clínico. O primeiro capítulo é dedicado à caracterização do contexto clínico, no qual se inclui uma abordagem histórica acerca das representações sociais sobre saúde e doença, continuando com uma caracterização do contexto hospitalar, suas problemáticas organizacionais, havendo ainda uma referência às questões ligadas à qualidade.

O segundo capítulo é dedicado à aprendizagem em contexto clínico, sobre a qual pretendemos efectuar uma reflexão abrangente, recorrendo aos estudos de alguns pensadores de renome nessa matéria e termina com uma referência sobre o modo como se formam os alunos que frequentam os ensinos clínicos.

O terceiro capítulo faz uma abordagem global da formação em Radiologia. Começa por uma breve resenha histórica e a importância da fase científica para o desenvolvimento da Radiologia enquanto disciplina autónoma. Segue-se a caracterização do curso de Radiologia e seus alunos.

O quarto e último capítulo é consagrado às estratégias de supervisão. Inicia por definir o conceito e alcance da supervisão. Prossegue com uma abordagem sobre a supervisão clínica em saúde e a importância da formação em parceria, terminando com a caracterização da figura do mentor e os papéis que lhe estão destinados.

A segunda parte do trabalho é inteiramente dedicada à descrição do estudo empírico. Iniciamos por enquadrá-lo revelando a problemática que esteve na sua origem e as justificações para a sua realização. Em seguida exploramos a metodologia adoptada para o seu planeamento. No capítulo seguinte faremos uma descrição das técnicas utilizadas para tratar a informação recolhida e procedemos à apresentação dos resultados.

Num outro capítulo efectuamos a análise e discussão dos resultados, caracterizando a amostra e os locais de estágio, o contexto de aprendizagem e o contexto psicossocial em que ocorreram, encerrando com uma síntese das conclusões inferidas a partir da análise dos resultados do estudo.

Finalizamos o trabalho com a conclusão onde nos referimos às limitações e dificuldades encontradas no decorrer desta investigação. Apontamos, ainda, algumas direcções que podem servir de continuação ao caminho iniciado com a elaboração deste trabalho.

## **PARTE I – APRENDIZAGEM E CONTEXTO CLÍNICO**



## 1 – O CONTEXTO CLÍNICO

A formação clínica afigura-se como um espaço importante para a consolidação de aprendizagens e de iniciação à socialização profissional para os alunos do Curso de Radiologia. A formação perspectivada como construção de conhecimento e produção de saberes (Tavares, 1997) tem sido associada ao longo dos tempos aos actos de moldar, transformar ou ensinar os formandos. Nessa perspectiva Amiguinho (1992: 23) refere que *“a formação é considerada a pedra de toque, a questão base, o processo fundamental capaz de operar as transformações que se pretendem introduzir nos sistemas e nos lugares institucionais onde decorre a acção dos indivíduos, visando otimizar os seus fins”*.

Constituindo a formação em contexto clínico uma fase importante do processo formativo dos alunos do curso de Radiologia, contribui para o desenvolvimento de um conjunto de competências e atitudes, que lhes permitem construir uma representação holística sobre o que é ser um Técnico de Radiologia, pois na perspectiva de Martin (1991: 162) a aprendizagem em contexto clínico representa *“um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho”*.

Seguindo essa linha de pensamento Abreu (2007: 81) refere que é no espaço e no tempo que decorrem as aprendizagens clínicas que os alunos *“desenham os principais quadros de inteligibilidade e que estão na base da mudança e do processo de construção social da profissão”*. Sendo fundamental, no entender de Benner (2001), proporcionar aos alunos uma formação em ambiente seguro, acompanhado de suporte emocional e com acesso a estratégias formativas adequadas.

Mas a realidade que os alunos encontram quando integram os locais de estágio nem sempre é a mais acolhedora e propicia para o desenvolvimento do seu processo de aprendizagem. Os profissionais das unidades de cuidados nem sempre consideram ser seu dever colaborar na supervisão dos estágios dos alunos, dedicando apenas uma ínfima parte do seu tempo à orientação dos alunos em estágio (Raij, 2000). Em outras ocasiões apesar de existir disposição e

motivação dos profissionais para a colaboração na formação dos alunos, os serviços não dispõem dos recursos suficientes para que esta seja uma realidade (Laranjeira, 2006).

Este condicionalismo pode ser determinante na formação da identidade profissional por parte do aluno. O contexto clínico constitui-se como um mundo novo a ser explorado, caracteriza-se por ser complexo e intrincado para quem não está inserido no sistema. A pouca disponibilidade dos supervisores para o acompanhamento dos alunos implica uma deficiente mediação das suas experiências.

A mediação feita pelos supervisores das experiências vividas pelos alunos nas organizações de saúde, ajuda a contextualizá-las e a relacioná-las com os conceitos teóricos apreendidos anteriormente, bem como com os conceitos filosóficos que estão na génese da profissão, pois é *“neste primeiro contacto com a profissão, com as culturas profissionais e com as identidades colectivas que o aluno inicia as suas interações e começa a construir representações que lhe permitem perceber o significado do trabalho”* (Abreu, 2007: 81).

A interação social entre os alunos, os profissionais e o contexto clínico tem sido significativa no processo formativo das profissões ligadas à saúde (Betz, 1985). A observação diária dos comportamentos, atitudes e relações da equipa de Técnicos de Radiologia pelos alunos, fornece-lhes um modelo do que é ser Técnico de Radiologia, bem como do papel que este ocupa no seio das organizações de saúde.

As instituições de saúde possuem uma cultura organizacional própria, assumindo-se esta como um conceito essencial à compreensão das estruturas organizativas. A cultura de uma organização será pois um conjunto de características que a individualiza e a torna única perante qualquer outra. Assume-se como um sistema de valores, expressos através de rituais, mitos, hábitos e crenças comuns aos membros de uma instituição, que assim produzem normas de comportamento genericamente aceites por todos (Matias, 2003). A cultura organizacional deve ser um sistema cujo significado é partilhado por todos os seus membros, expressa

por valores centrais, os quais caracterizam a personalidade da organização, ou seja, a sua cultura dominante (Ribeiro, 2006).

Abreu (2007) aponta para a existência de diversas culturas locais no seio de uma organização de saúde, salientando que são precisamente esses valores, crenças e padrões de comportamento e tradições locais, constituintes da cultura organizacional, que fornecem conteúdos significativos para o indivíduo definir a sua identidade no seio das organizações. É nesta perspectiva que se pode descrever a cultura organizacional das instituições de saúde como plural, integrando grupos diferenciados, sendo portanto natural a existência de alguma conflituosidade entre os distintos grupos sócio-profissionais, originadora de diferentes interesses, formas de interpretação e reacção às situações (Matias, 2003).

As culturas locais reflectem as aspirações dos diversos grupos profissionais. Historicamente existe nos contextos profissionais ligados à saúde uma predominância da profissão Médica sobre as restantes actividades profissionais. Até há poucos anos vigorava uma cultura organizacional que se pautava pela subordinação hierárquica e funcional dos restantes profissionais de saúde à profissão Médica, que teriam como principal objectivo auxiliar os médicos nas suas tarefas. Dessa situação se dá conta Canário (2005) quando refere que as *“categorias profissionais não médicas são definidas por um estatuto de subalternidade”* relativamente à profissão médica. Um dos factores que contribuía decisivamente para esta situação era a formação ministrada aos elementos que integravam as profissões não médicas. A formação de todos os profissionais era então organizada e ministrada sob a responsabilidade da classe médica, que a direccionava para os aspectos práticos e desprezava quase por inteiro os conhecimentos teóricos que sustentariam as suas práticas, não permitindo desse modo, de forma consciente ou inconsciente, que as restantes profissões evoluíssem autonomamente.

Actualmente assiste-se a um incremento do papel e da relevância atribuído às profissões não médicas no seio das organizações de saúde. Esta nova realidade tem origem sobretudo no aumento da exigência e diferenciação a que se tem

assistido nas últimas décadas a nível da formação destes profissionais. A um aumento da qualidade da formação corresponderá um acentuado desenvolvimento do conteúdo científico que as suporta, o que não deve ser alheado do facto de cada profissão ter assumido a responsabilidade da sua própria formação. Aos poucos cada grupo profissional construiu uma matriz teórica que sustenta e justifica as suas práticas, investindo progressivamente no campo da investigação. O nível da formação dos profissionais de saúde tem sido reconhecido com a atribuição de títulos académicos ao nível do Ensino Superior, bem como a atribuição de novos papéis dentro das organizações de saúde.

O reconhecimento formal do nível elevado da formação, bem como os importantes subsídios com que estas profissões têm contribuído para o desenvolvimento dos cuidados de saúde, levou a que os profissionais tenham iniciado paulatinamente a sua ascensão quer a nível social, quer na hierarquia das organizações, originando uma progressiva autonomia e diferenciação em relação aos Médicos. No entanto, segundo Canário (1997), apesar da reconfiguração dos territórios profissionais e das respectivas constelações de poder, o protótipo da profissão médica continua a ser vista como a grande referência para as outras profissões, segundo análises produzidas sobre a socialização profissional, ou seja, a profissão Médica continua a constituir-se como o modelo ideal a atingir pelas restantes profissões da saúde que procuram um maior protagonismo social.

O aumento da importância das profissões não médicas tem como consequência imediata a perda da quase hegemonia que se verificava por parte dos médicos, que assim vêm diminuir a sua importância no seio das organizações de saúde, em detrimento das restantes profissões do campo da saúde. Este cenário é por si só gerador de potenciais situações de conflito, contribuindo para um aumento do stress entre os profissionais de saúde. Entre os grupos profissionais não médicos também se assiste a um esgrimir de argumentos entre si. A diversidade de profissões existente, bem como dos seus percursos formativos e históricos, faz com que não haja um espírito de união e de identidade conjunta, mas um processo mais ou menos latente de disputa e competição.

O enredo intricado a que se assiste nas Instituições de Saúde, em que cada grupo profissional possui uma agenda com objectivos próprios, em paralelo com os objectivos gerais definidos pela Instituição, leva a que por vezes se assista a combinações complexas que se estabelecem entre os objectivos declarados pela Instituição e os objectivos operatórios, próprios de cada grupo profissional, (Carapineiro, 1993).

As diversas profissões do campo da saúde tiveram origens distintas. A Medicina e a Enfermagem tiveram a sua génese há muitos séculos atrás sofrendo uma evolução natural dos seus contornos ao longo dos tempos, são portanto profissões seculares. Muitas outras tiveram a sua origem mais recentemente. Fruto da evolução tecnológica no campo da saúde, assistiu-se ao surgir de uma série de profissões novas que se convencionou agrupar como pertencentes às Tecnologias da Saúde nas quais se incluem os Técnicos de Radiologia, que a par da Enfermagem e de um outro grupo de profissões agrupadas sob o nome de Técnicos Superiores de Saúde, se encontram numa fase de construção identitária, delimitação e afirmação do seu campo de acção, afirmação de competências e de influência dentro das Instituições de Saúde.

No caso específico das Tecnologias da Saúde ao se colocar sob o mesmo rótulo um número tão elevado de profissões, que em muitos casos pouco ou nada têm em comum, causa desde logo alguns problemas. Como se pretende que profissões tão diferentes partilhem uma identidade comum? Só muito dificilmente, pois a maioria dos profissionais de uma determinada profissão desconhecem os contornos que revestem as restantes. Acrescenta-se ainda, o facto de haver dentro do mesmo grupo profissional elementos com níveis de formação e de aspiração profissional diversos.

Existindo na saúde um leque tão grande de profissões é natural que as fronteiras que limitam os campos de acção de cada uma delas não estejam bem definidas, existindo áreas que são comuns a mais do que um grupo profissional, podendo funcionar como um foco de tensão entre os grupos profissionais envolvidos.

Todo este conjunto de situações remete-nos para os estudos de Abreu (2003: 21), ao revelar-nos que tendem a potenciar, *“a ocorrência de processos menos positivos a nível das relações inter-grupos e intra-grupo”*.

Ao iniciarem os seus estágios os alunos do curso de Radiologia vão ser inseridos nesta teia de relações que se estabelecem entre os profissionais das instituições de saúde, para as quais não estão avisados previamente, podendo por vezes entrar em confronto inadvertidamente com alguns deles, se não forem acompanhados de perto por um profissional experiente que proceda à sua integração e orientação ao longo do estágio. Essa será a forma mais eficaz de iniciarem a sua socialização profissional.

É na relação com os doentes que os alunos alimentam os seus maiores receios quando iniciam os seus estágios. O contexto clínico apresenta-se como um *“ meio complexo, muitas vezes agressivo ao olhar, ao olfacto, e ao sentir, que solicita ao aluno um agir que, não sendo profissional, tem contudo de se revestir de uma qualidade que não interfira com o bem-estar do utente e não o coloque em perigo”* (Almeida, 2006: 95). O aluno confronta-se com situações reais de vida, sofrimento, alegria ou morte, onde todas as suas acções resultam sempre em consequências positivas ou negativas para o doente.

Há ainda a considerar o aspecto multicultural dos doentes que acedem aos serviços de cuidados de saúde. São oriundos das mais variadas classes sociais, nacionalidades, raças ou credos. Possuem diferentes percepções sobre o conceito de saúde e doença (Pacheco, 2005), atribuindo valorização diferente a factores idênticos.

Perceber e lidar com esta realidade não é tarefa fácil para os alunos que iniciam os seus estágios clínicos. A reflexão conjunta com o seu supervisor e/ou com a equipa de profissionais sobre os aspectos relacionados com o contexto clínico, resultará numa melhor compreensão do mesmo pelo aluno, diminuindo os seus receios perante o imprevisto.

## 1.1 - Representações sociais sobre saúde e doença

O conceito de saúde não tem permanecido inalterável ao longo dos tempos, mas sistematicamente reconstruído à luz das correntes de pensamento que emergem em cada época e em cada sociedade, o que torna, segundo as palavras de Matos e Sousa-Albuquerque (2006: 648), a saúde como “*um conceito dinâmico difícil de definir e medir*”. Na mesma perspectiva Albuquerque e Oliveira (2002) argumentam que a “*saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança*”. São conceitos que “*reflectem valores crenças, conhecimentos, actividades e a cultura da sociedade partilhada por todos os seus membros, especialistas ou leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos*” (Araújo 2004: 34).

Herzlich (1991) defende que a saúde e a doença são fenómenos que ultrapassam a própria medicina, observando que as suas representações sociais não se constituem como meras formulações, mais ou menos coerentes, de um saber, mas também como uma questão de interpretação e sentido. Perante isso, através das representações sociais de saúde e doença é possível ter acesso à imagem de uma determinada sociedade e suas imposições, tal como o indivíduo as percebe.

Para Sevalho (1993) a história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela inter-relação entre os seres humanos, as coisas e os restantes seres que os rodeiam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os valores e as crenças dos povos. Sentimentos de culpa, medos, superstições, mistérios, envolvendo o fogo, o ar, a terra, os astros, a organização da natureza, estão indissociavelmente ligados às expressões da doença, à ocorrência de epidemias, à dor, ao sofrimento, às impressões de desgaste físico e mental, à visão da deterioração dos corpos e à perspectiva da morte.

Segundo Ribeiro (1994), a saúde enquanto conceito varia em função do contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos e a experiência humana.

Apesar de fenómeno social, constitui-se como uma realidade social distinta uma vez que ela própria determina a acção colectiva (Abreu, 2001). Inserida nessa linha de pensamento Araújo (2004: 34) é peremptória ao considerar que este termo *“diz-nos qualquer coisa de nós mesmos, caracteriza-nos a nível individual ou colectivo, em qualquer parte que nos encontremos, situando no tempo, no mundo e na história”*.

O conceito de saúde pode variar, de acordo com esta óptica, de pessoa para pessoa, fruto da cultura em que está inserida, estatuto social e experiências passadas, entre outros factores. Essa variabilidade reflecte-se nos múltiplos modelos adoptados na prestação de cuidados de saúde.

A evolução do conceito social de saúde e doença ao longo dos tempos condicionou e foi condicionado pelos modelos de prestação de cuidados adoptados em cada época e em cada sociedade. Ainda na actualidade se observam grandes discrepâncias entre os modelos de implementação dos cuidados de saúde às populações, de acordo com as diversas culturas existentes e os princípios político – filosóficos pelos quais se regem.

Abreu (2001) constatou que ao longo da história da humanidade se manifestou desde sempre uma disposição social para questionar os contextos de saúde e de doença. Albuquerque e Oliveira (2002) nos seus estudos referem que a história da saúde e da doença se tem traduzido numa *“história de significações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente.”*

Myers e Benson (1992) apresentam duas concepções que na sua óptica têm marcado o percurso da Medicina: a concepção fisiológica e a concepção ontológica.

A primeira, iniciada por Hipócrates, explica a origem das doenças a partir de um desequilíbrio entre as forças da natureza que estão dentro e fora da pessoa. Esta

concepção centra-se no paciente como um todo e no contexto em que está inserido, evitando ligar a doença a meras alterações em órgãos particulares.

A segunda, pelo contrário, advoga que as doenças são "entidades" exteriores ao organismo, que o invadem para se localizarem em vários dos seus constituintes. Esta concepção tem estado frequentemente ligada a uma forma de medicina que dirige os seus esforços na classificação dos processos de doença, na elaboração de um diagnóstico exacto, procurando identificar os órgãos corporais que estão perturbados e que provocam os sintomas (Albuquerque e Oliveira, 2002). É uma concepção redutora que explica os processos de doença tendo por base alterações em órgãos específicos (Myers e Benson, 1992). A doença assume-se como algo em si mesmo, independente dos contextos e ambientes em que o paciente está inserido.

Por seu turno, Araújo (2004) identifica dois tipos de paradigmas que estarão na origem dos modelos de saúde: Patogénico e Salutogénico.

Na óptica de Garcia Martinez (2000, referenciado por Araújo, 2004), os modelos patogénicos fazem uma apreciação descontextualizada da doença, derivada de uma visão individual dos problemas da saúde centrada na génese da doença. Este modelo incentiva à dicotomização entre saúde e doença, como dois elementos que se excluem mutuamente. Segundo este paradigma a origem da doença é causada por factores patogénicos individuais, não tendo em conta factores ambientais ou comportamentais do indivíduo. Esperam que a doença se manifeste para intervir.

Os modelos referenciados como salutogénicos são modelos cuja sua concepção valoriza a procura de elementos que conduzam o indivíduo à promoção ou manutenção da sua saúde, independentemente dos factores desfavoráveis do meio físico e social. São modelos que não se centram no combate à doença mas sim na manutenção da saúde. Os modelos conceptualizados segundo este paradigma defendem que não existe uma fronteira clara entre a saúde e a doença. Procuram antecipar-se à doença, estabelecendo estratégias comportamentais que reforcem a saúde.

A crónica da evolução do conceito de saúde e doença é desde os tempos mais longínquos, uma história de construção de interpretações sobre a natureza, as funções e a estrutura do corpo, e ainda sobre as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente (Carvalho e Francis, 2003). As representações iniciais de saúde e doença foram mágicas. Entre os povos sem escrita, a doença era vista como o resultado da influência de entidades sobrenaturais externas, contra as quais o ser humano pouco ou nada podia fazer (Sevalho, 2003). Os doentes eram frequentemente mutilados, mortos ou abandonados. A transmissão de conhecimentos sobre a saúde e doença era feita verbalmente de geração em geração (Abdala de Sousa, 2005).

Ribeiro (1993, referenciado por Albuquerque e Oliveira 2002) divide a história da evolução da Medicina em quatro grandes períodos temporais, que espelham o desenvolvimento que o conceito de saúde sofreu ao longo da história: Pré-Cartesiano; Científico ou de desenvolvimento do Modelo Biomédico; Primeira Revolução da Saúde e Segunda Revolução da Saúde.

O período **Pré – Cartesiano** tem início na Grécia Antiga cerca do ano 400 antes de Cristo. Na época da Grécia Antiga, um período fértil e de grande desenvolvimento na área do pensamento da história da humanidade, surgem propostas de ruptura com a visão mágico-religiosa da Medicina, sendo Hipócrates a personagem mais marcante dessa revolução.

Hipócrates defendia que as doenças não seriam causadas por deuses ou demónios mas por causas naturais que obedecem a leis naturais. Nessa óptica considerava que o bem-estar da pessoa estaria sob a influência do seu ambiente, isto é, o ar, a água, os locais que frequentava e a alimentação, possuindo desse modo uma visão ecológica sobre a saúde. Essa concepção estava em consonância com a corrente de pensamento dos filósofos gregos da sua época que defendiam o racionalismo e o naturalismo como guia orientador das suas reflexões. No tratamento da doença propôs procedimentos terapêuticos que se baseassem no racional, com o objectivo de corrigir os efeitos nocivos das forças naturais. Hipócrates iniciou um novo modelo de Medicina apoiado na observação objectiva e no raciocínio dedutivo (Albuquerque e Oliveira, 2002).

Nesse período a saúde era entendida como mente sã em corpo sã, e seria apenas mantida se a pessoa seguisse um estilo de vida consonante com as leis naturais. A doença seria o resultado do desequilíbrio dos constituintes principais do organismo originado por forças externas.

Por analogia ao pensamento da época que considerava que a terra era constituída por quatro elementos: ar, terra, fogo e água, Hipócrates considerou que o corpo seria constituído por quatro fluidos principais que no seu conjunto designou por humores corporais: sangue, bílis negra, bílis amarela e fleuma. Estes humores seriam renovados através dos alimentos ingeridos. A saúde seria o equilíbrio entre estes humores, enquanto a doença apareceria quando se assistisse ao predomínio de algum dos humores sobre os demais (Tamayo, 1988).

Mas Hipócrates não tinha da saúde apenas um conceito ecológico, considerava ainda como fundamental a qualidade da relação entre o médico e o doente, defendendo que o carácter humanitário do médico contribuía decisivamente para a recuperação do doente. Desta forma ponderava também a vertente psicológica.

Do ponto de vista filosófico, Hipócrates defendeu uma série de princípios que são actualmente desenvolvidos pela Medicina Ocidental contemporânea e como tal pode-se apelidar de visionário.

Durante a Idade Média as representações de saúde e doença revelavam um profundo carácter religioso influenciado pela igreja católica. Os hospitais medievais do ocidente eram na verdade casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos e ainda instrumento de separação e exclusão quando serviam para isolar os doentes da restante população (Abdala de Sousa, 2005).

O desenvolvimento do **modelo biomédico** iniciou-se no século XVII, inspirado nas teorias mecanicistas e redutoras sobre as leis do universo de alguns filósofos da época tais como: Galileu, Descartes, Newton ou Bacon, que concebiam a realidade do mundo como se de uma máquina se tratasse. Albuquerque e Oliveira (2002) expressam com clareza a concepção que estes filósofos tinham sobre o funcionamento do universo quando referem que para eles “*o mundo é considerado como uma máquina e, à semelhança desta, formado por um conjunto*

*de peças. Deste modo, para o compreender, basta utilizar o mesmo método que se utiliza para perceber uma máquina, isto é, desmonta-se e separam-se as peças*". Estes seriam os fundamentos do pensamento científico que deram origem ao modelo mecanicista ou Cartesiano.

À semelhança do universo considerou-se à época que os seres humanos seriam de igual forma constituídos por diversos componentes. Cada um deles desempenha uma função específica e pode ser estudado isoladamente. Neste pensamento o homem é visto e estudado através de sistemas e funções, o seu corpo é igual à soma das suas partes em detrimento da concepção de globalidade. A partir deste conceito Descartes, que se inspirou no rigor demonstrativo da matemática para encontrar um fundamento absoluto e irrefutável para as ciências, produziu a célebre alegoria que compara o corpo humano a um relógio: o homem doente assemelhar-se-ia a um relógio avariado e um homem saudável a um relógio em bom funcionamento.

Além do conceito de máquina corporal, este princípio filosófico divide os seres humanos em duas entidades fundamentais: mente e corpo. Essa dicotomia influenciou a construção do modelo biomédico de doença, no qual o tratamento das doenças físicas e da mente se separam e distinguem.

Esta visão mecanicista do Mundo, tendo sido acompanhada pelos médicos e fisiologistas mais célebres da época, fez com que, de facto, o corpo humano fosse conceptualizado como um grande engenho cujas peças se encaixam ordenadamente e segundo um processo racional (Albuquerque e Oliveira, 2002).

O modelo biomédico fundado a partir desta visão, via a doença como uma avaria temporária ou permanente de um componente do organismo ou da relação entre componentes do organismo, tendo na opinião de Correia (2006: 338) "*terreno para vingar aquando da Revolução Industrial, dados os graves problemas de saúde que na altura emergiram*". A visão ecológica e baseada na relação entre médico e paciente iniciada por Hipócrates foi, segundo este autor, substituída pelos princípios cartesianos ou mecanicistas assentes na causalidade linear: uma causa simples corresponderia a uma doença ou dito de outra forma, cada gene origina um tipo de doença.

O modelo biomédico reduz o ser humano às suas estruturas físicas, processos fisiológicos e bioquímicos (Araújo, 2004). Segundo este modelo a doença resulta de perturbações fisiológicas causadas por imperfeições genéticas, desequilíbrios bioquímicos ou ainda por danos provocados por agentes físicos ou biológicos (Araújo, 2004), (Gonçalves, 2006).

Ribeiro (1993, referido em Albuquerque e Oliveira 2002) salienta a importância que o modelo biomédico teve para o desenvolvimento das questões ligadas à saúde pois, permitiu grandes progressos a nível teórico e da investigação em Medicina.

A **primeira revolução da saúde** surge no século XIX em consequência da revolução industrial e consistiu na adopção e desenvolvimento de modernas medidas de saúde pública.

A revolução industrial levou a que se assistisse a um elevado fluxo migratório de pessoas oriundas das zonas rurais para os meios urbanos e industriais, à procura de trabalho e meios de subsistência. As cidades não estavam dotadas de infra-estruturas que permitissem acolher um tão elevado número de pessoas, dando origem a situações de precariedade no alojamento e na higiene das populações. As cidades transformaram-se num espaço propício ao desenvolvimento e propagação de um elevado número de doenças e epidemias, que punham em risco a vida das pessoas e consequentemente originavam grandes prejuízos económicos. As autoridades perante estes factos tiveram necessidade de desenvolver estratégias com o intuito de combater essa situação. Iniciou-se então um forte desenvolvimento do modelo biomédico no que concerne à saúde pública.

De acordo com Ribeiro (1994), foram três as constatações que estiveram na origem do desenvolvimento do modelo biomédico através de políticas ligadas à saúde pública: as doenças infecciosas eram difíceis senão impossíveis de curar e, uma vez instaladas no adulto, o seu tratamento e a sua cura eram dispendiosos; os indivíduos contraíam doenças infecciosas em contacto com o meio ambiente físico e social que continha o agente patogénico; as doenças infecciosas não seriam contraídas a não ser que o organismo hospedeiro fornecesse um meio

favorável ao desenvolvimento do agente infeccioso. Para controlar as infecções, era prioritário intervir ao nível das suas causas.

Assim, de acordo com Correia (2006) iniciou-se a partir de meados do século XIX o desenvolvimento de modernas medidas de saúde pública tais como a construção de sistemas de esgotos e de distribuição de água potável, recolha de lixo ou gestão de migrações. Combatia-se as doenças evitando a proliferação dos germes causadores, consistindo em políticas de prevenção (Dias et al, 2004).

O modelo biomédico no decorrer da primeira metade do século XX, fruto dos avanços científicos tecnológicos que entretanto ocorreram, foi-se revelando cada vez mais eficaz, constituindo um enorme sucesso na cura das doenças. O aparecimento das vacinas, do antibiótico e os avanços registados nos tratamentos médico-cirúrgicos, levaram a uma diminuição da mortalidade infantil e a um aumento da esperança de vida o que originou um maior impacto das doenças crónicas como consequência do envelhecer da população.

O sucesso do modelo biomédico foi de tal ordem, que de acordo com Ribeiro (1993, referenciado por Albuquerque e Oliveira 2002), *“no final da década de 70, nos Estados Unidos, rareavam os indivíduos com menos de 75 anos, cuja morte fosse devida a doenças infecciosas.”*

Na segunda metade do século XX assiste-se a uma alteração dos padrões de mortalidade e morbidade. Ao contrário do que até então acontecia as principais causas de doença deixam de ter origem em organismos patogénicos passando a estar associadas a comportamentos humanos.

Perante esta nova realidade o modelo biomédico manifestava importantes limitações, pois tal como afirma Correia (2006: 338) *“o comportamento não se deixa apreender num modelo de causa-efeito e era cada vez mais evidente que outros factores estavam subjacentes à saúde e à doença das pessoas, como o contexto socio-económico, as condições de trabalho, o ambiente, a família.”*

Entrava-se numa nova era, com novas situações e desafios para aos quais se tornava necessário encontrar também novas soluções.

Surge então o que Julius Richmond denominou em 1979 como a **segunda revolução da saúde** (Correia, 2006), a qual introduziu conceitos teóricos inovadores e marcantes para os países desenvolvidos, onde os benefícios da primeira revolução já eram visíveis (Dias et al, 2004).

Para dar resposta a um conjunto de novas questões, a tónica passa a centrar-se na saúde e não na doença, preconizando-se o regresso à inserção da perspectiva ecológica nos conceitos sociais de saúde emergentes, abordagem que tinha sido praticamente posta de lado com a adopção do modelo biomédico.

Num exercício de caracterização das diversas fases evolutivas do conceito social de saúde tendo como referência o enfoque, Albuquerque e Oliveira (2002), sintetizam dizendo que “*o desenvolvimento do modelo biomédico se centrara na doença, que a primeira revolução da saúde se centrara na prevenção da doença, e que a segunda revolução da saúde se centra na saúde.*”

Também Abreu (2001: 31) reconhece a mudança ocorrida ao nível da construção social dos cuidados de saúde no decorrer da segunda metade do século XX, consequência das diversas e profundas mutações ocorridas na área da saúde. Segundo este autor a “*construção social dos cuidados de saúde deixa de se centrar na doença e na técnica, para evoluir no sentido da prevenção, do bem-estar e da relação com o ambiente.*” O autor atribui forte responsabilidade pela mudança de paradigma à nova lógica imposta pela sociedade da informação.

Actualmente o conceito social de saúde dos países ocidentais rege-se ou tende a reger-se pelo paradigma holístico. De acordo com Araújo (2004) este paradigma reconhece harmonia entre o corpo, a mente e o espírito. Nesta corrente de pensamento a doença é o resultado directo do desequilíbrio entre estas diferentes dimensões, sendo a saúde restabelecida quando é reencontrado o equilíbrio entre elas.

O ser humano não poderá estar em harmonia consigo próprio se a relação que mantém com o contexto em que se insere não for equilibrada. Sabendo que os contextos se encontram em constante mutação, exige da pessoa uma capacidade de adaptação contínua ao meio ambiente que a rodeia. Foi nessa perspectiva que Wilye (1970, citado por Forattini, 1990: 94) definia o conceito ecológico da saúde

como sendo o “estado de perfeita e contínua adaptação do homem ao seu ambiente.”

A assunção da perspectiva ecológica da saúde é assumida por Abreu (2001: 16) que sintetiza: “de um estudo epidemiológico de diversas patologias transita-se para uma abordagem ecológica dos fenómenos de saúde e doença, culturalmente localizados e pressupondo uma aproximação multidisciplinar.”

A saúde é assim vista por um prisma holístico onde os ambientes em que estamos integrados, a família, os nossos hábitos, a nossa personalidade, os percursos de vida pessoais, contribuem para a necessária harmonia entre o corpo mente e espírito.

A mudança da perspectiva do conceito social de saúde de um modelo centrado na doença para um paradigma centrado na saúde implica a assunção de uma nova abordagem sobre os cuidados de saúde que são prestados à população. Até há pouco tempo, os profissionais de saúde concentravam os seus esforços no tratamento/cura dos doentes, prestando apenas atenção à doença de que padeciam, intervindo a nível dos órgãos e sistemas por ela afectados, dando grande relevância à técnica. Actualmente, de acordo com o novo paradigma, a visão que os profissionais de saúde possuem sobre os doentes tem um carácter mais abrangente. A sua missão já não pode ser apenas tratar mas sim cuidar dos doentes. Existe da parte dos profissionais de saúde uma consciencialização da condição humana do doente, o que implica que cada um deles possua especificidades, complexidades e individualidades que terão de ser levadas em conta, na elaboração do plano de cuidados de saúde apropriado para o seu total restabelecimento. Em suma, de acordo com esta nova abordagem da organização dos cuidados prestados às populações, os profissionais de saúde preocupam-se com o bem-estar geral dos doentes e com a manutenção global de todas as suas faculdades, atribuindo igual relevância à doença e à parte emotiva do doente. A este propósito Belo (2003: 32) refere que os profissionais de saúde ao orientarem as suas práticas sob o signo do cuidar estão a “considerar a técnica como apenas um aspecto dos cuidados, passando de uma visão parcelar e

*patogénica que caracteriza a prestação de cuidados sob a orientação de tratar, para uma visão holística e salutogénica dos cuidados.”*

Também Ribeiro (1995) identifica duas abordagens distintas nos modelos de intervenção adoptados na área da saúde. Para esta autora o modelo biomédico tem subjacente a perspectiva de tratar, onde predomina a orientação instrumental e é valorizada sobretudo a dimensão técnica. Em contraponto o modelo holístico tem a si associado a perspectiva do cuidar, que na opinião da autora surge na sequência da falência do tratar e com a necessidade sentida de valorizar a relação interpessoal, o respeito pelos valores, cultura do utente e promoção do auto-cuidado.

O grande desafio que se coloca actualmente na formação de novos profissionais de saúde consiste em dotá-los de competências no âmbito da relação e da comunicação que, a par de um corpo de conhecimentos técnico-científicos sólido, lhes permitam aproximar do utente com uma perspectiva holística e *“com ele descubram o que para este tem significado na promoção de saúde e da vida”*. (Belo, 2003: 32).

Segundo Abreu (2001: 31) *“a formação tem um estatuto de pólo dinamizador de mudança”*, que se espera estar a verificar na mentalidade e na forma de encarar os cuidados por parte de todos os profissionais de saúde.

## **1.2 - Contexto hospitalar: problemáticas organizacionais**

O contexto clínico apresenta-se como um espaço problemático onde diariamente se lida com a doença e a morte. Do ponto de vista psicológico requer uma grande adaptação da parte de quem os integra, havendo a necessidade de conceber estratégias individuais que permitam aos profissionais lidar com o sofrimento humano, sem ficarem desequilibrados emocionalmente com a realidade que os rodeia.

Disso nos dá conta Matos (2003) ao descrever as organizações de saúde como *“sistemas complexos constituídos por diversos departamentos e profissionais,*

*tornando-a sobretudo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas, tais como vida, doença e morte.*” Tais características pode resultar em aumento dos níveis de ansiedade, tensão, fadiga física e/ou mental dos profissionais de saúde.

As organizações de saúde estão imbuídas em contextos sociais complexos onde coexistem tecidos socioculturais, racionalidades e ideologias distintas (Abreu, 2001). Constituem-se como um espaço onde coexistem elementos de todos os segmentos da população, uma vez que inevitavelmente todos terão necessidade de recorrer aos serviços de cuidados de saúde em diversos momentos da sua vida. Nessa perspectiva os profissionais que integram as instituições de saúde têm de estar preparados para lidar com o cenário multicultural e social característico dos utentes que a elas acorrem.

Também ao nível dos profissionais que integram as organizações de saúde se verificam assimetrias como nos dá conta Abreu (2001: 61) quando afirma que as instituições de saúde se constituem como um *“lugar social onde os actores possuem diversos tipos de socialização profissional, percurso formativo e localizações na divisão de trabalho clínico”*. Características que tendem a promover o conflito e disputa entre os vários grupos profissionais e até entre os elementos do mesmo grupo.

Os hospitais constituem-se como as instituições de saúde preponderantes na formação clínica dos alunos Técnicos de Radiologia, pois tal como refere Abreu (2001:59) *“o hospital continua a constituir-se como um espaço social fundamental, quer no que se refere à produção de cuidados quer no que concerne à formação de profissionais de saúde”*.

A Direcção Geral de Saúde (1998) define o hospital como *“um estabelecimento de saúde de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante vinte e quatro horas por dia... a sua actividade é desenvolvida através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação, quer em regime de internamento, quer em ambulatório. Compete-lhe, igualmente, promover a investigação e o ensino, com vista a resolver os problemas de saúde”*.

Numa outra perspectiva, Canário (1998) refere, a respeito das organizações de saúde, que *“constituem sistemas de acção colectiva não redutíveis a agregados de indivíduos, em que a acção e interacção colectivas tendem a ser regulados por mapas cognitivos comuns, construídos e reconstruídos, de forma permanente, pelos actores em contexto”*.

A importância do hospital na formação dos alunos por vezes vai para além dos objectivos que a escola define para esse espaço formativo. Um estudo realizado por Macedo (2004) no âmbito dos ensinamentos clínicos em Enfermagem, no qual foram recolhidas, ao longo de três anos, as opiniões de alunos que frequentavam o 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre as suas experiências em estágio, revelou que o hospital constitui um espaço de formação que ultrapassa os objectivos estabelecidos para a Licenciatura em Enfermagem, uma vez que os alunos desenvolvem saberes na acção e sobre a acção que não foram previamente definidos pela Escola.

Os hospitais estão organizados de acordo com o modelo Biomédico, sendo feita a sua divisão de acordo com as diversas especialidades. Esta organização reflecte o paradigma utilizado até há pouco tempo na abordagem das questões ligadas à saúde e que ainda hoje não está totalmente posto de parte em muitas Instituições e nos hábitos enraizados dos seus profissionais.

De acordo com o paradigma holístico mais consentâneo com as concepções actuais sobre as questões relacionadas com a saúde, este compartimento organizativo rígido e mecanicista de distribuição dos doentes tendo apenas em consideração o foro da enfermidade de que padece, não obedece a um conceito moderno de saúde centrado no indivíduo enquanto um ser único com características e especificidades próprias. Nem tão pouco se compadece com a nova geração de utentes, que tendo à sua disposição informação detalhada e massificada pelos diversos meios de comunicação, são alertados para as questões ligadas à saúde, reivindicando cuidados de saúde combinados e integrados.

Assiste-se actualmente a uma discussão filosófica sobre os contornos da assistência, os hospitais encontram-se num processo de reflexão sobre as

estratégias a adoptar, de forma a encararem cada vez mais o paciente que recorre aos seus serviços, como um indivíduo que necessita de cuidados globais e não apenas de ser tratado a uma determinada doença de um foro específico. Cada doente é uma pessoa com uma determinada teia de relações sociais, com uma história de vida única, com medos e receios face à situação que está a viver e como tal necessita que o hospital represente um espaço humanizado que lhe proporcione a par de cuidados médicos de qualidade, conforto e tranquilidade, transmitindo-lhe segurança e que ao mesmo tempo se constitua como uma resposta para os seus anseios. Para tal as instituições de saúde necessitam de adaptar o seu arquétipo organizativo, fortemente influenciado pelo modelo biomédico, fazendo-o evoluir no sentido de uma perspectiva mais integrada que vá ao encontro das reais necessidades dos doentes.

Os hospitais são locais em que os contextos socioculturais se encontram em constante mutação (Abreu, 2003). A par de uma constante evolução científica e tecnológica em que continuamente se descobrem novos elementos, se desenvolvem novas técnicas e se adquirem novos equipamentos, também as *“formas de gestão e de organização se alteram sistematicamente, não sendo propriamente dimensões que se pautem por estabilidade”* (Abreu, 2003:21), por conseguinte não transmitem segurança, quanto ao futuro, aos profissionais que a integram.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde elaborado pelo Ministério da Saúde para o período de 2004 a 2010, prevê-se a implementação de modelos de gestão de cariz empresarial das unidades de saúde, sendo que a sua execução já começou a ser realizada em alguns estabelecimentos de saúde. É um modelo que vem agilizar e desburocratizar as organizações, permitindo a responsabilização de todos os profissionais que a integram pelos actos que praticam, e dos gestores em particular pelas opções estratégicas que assumem. Este modelo apresenta numerosas vantagens face ao anterior que cultivava o imobilismo, a desresponsabilização dos profissionais e em que os actos de gestão tinham por vezes de obedecer a processos burocráticos morosos, que inviabilizavam, em diversas ocasiões, a tomada de decisão em tempo útil, originando a ineficácia das mesmas. No entanto o sucesso deste novo paradigma

de gestão está directamente dependente da formação e da sensibilidade dos gestores para as questões da saúde. A formação é algo que absorve inúmeros recursos, mas a formação dos profissionais que integram a instituição deve ser sempre encarado como um investimento e não como um custo. Manter os profissionais, científica e tecnicamente actualizados através de planos de formação contínua e promover estágios de integração com a duração necessária à adaptação do profissional ao Serviço onde irá exercer funções, são práticas que devem ser encaradas como normativas, funcionando como medidas estruturantes de promoção da qualidade dos cuidados prestados pela instituição, constituindo-se como procedimentos elementares para garantir a segurança dos mesmos.

### **1.3 - Modelos de certificação da qualidade**

A par da evolução dos cuidados de saúde e do paradigma assistencial, assiste-se também a uma tomada de consciência por parte da população em geral, do direito que lhes é concedido de receberem cuidados de saúde de qualidade e apropriados às suas necessidades. Perante este cenário as instituições de saúde sentiram necessidade de adoptar estratégias que sirvam de garantia aos cidadãos, da qualidade dos cuidados de saúde que prestam.

A qualidade assumiu um papel tão importante na nossa cultura, que de acordo com Abreu (2003: 40), *“as leituras organizacionais, a dotação de recursos, as estratégias de parceria, a formação de recursos humanos ou mesmo os modelos de procura, gravitam em torno da certificação de qualidade”*.

Não é fácil definir o conceito de qualidade dos cuidados de saúde, no entanto Brook *et al* (2000) referem que as várias tentativas para a definir contemplam sempre dois componentes que são importantes na óptica do utente: o primeiro situa-se no território da qualidade técnica e da segurança dos cuidados que lhe são prestados; a segunda prende-se com o seu desejo em ser tratado num ambiente humanizado e culturalmente apropriado, sendo lhe dada a oportunidade de participar nas decisões sobre a sua terapia.

O interesse pela qualidade, certamente, não é um fenómeno novo no âmbito dos serviços de saúde. Procedimentos e mecanismos para garantir e manter a qualidade existem desde sempre (Serapioni, 1999). A novidade reside na certificação formal através de empresas externas e independentes da qualidade evidenciada pelas organizações de saúde.

São várias as razões que levam à implementação de sistemas de qualidade nas instituições de saúde (Serapioni, 1999): a necessidade da redução da despesa pública tem estimulado a procura por modelos mais eficientes no uso dos recursos; o aumento do valor da comparticipação no pagamento dos cuidados por parte dos cidadãos leva a que estes reclamem por um serviço de saúde com maior qualidade; a necessidade de reduzir a insatisfação dos utentes para com os serviços de saúde e a nova abordagem holística no planeamento dos cuidados de saúde que não comporta apenas a preocupação em curar mas também no cuidar do doente. A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados pelas diversas instituições é um bom indicador para medir a equidade dos cuidados que são disponibilizados à população, auxiliando os governantes na definição de políticas com vista a essa mesma equidade.

De acordo com Machado e Almeida (2002: 103), a qualidade em saúde depende tanto das pessoas, como de sistemas e técnicas apropriadas. A competência profissional constitui um elemento indispensável, mas não é condição suficiente para se falar de qualidade em saúde, pois não garante a qualidade organizacional, nem a conformidade dos cuidados prestados.

Falar de qualidade em saúde só faz sentido numa perspectiva de gestão de qualidade total. Para os autores acima mencionados o conceito de gestão de qualidade total, representa uma *“filosofia e prática de gestão que se traduz no envolvimento de todos os que trabalham na organização, num processo de cooperação que se concretize no fornecimento de produtos e serviços que satisfaçam as necessidades e expectativas dos clientes”*. A qualidade total implica a colaboração empenhada de todos os elementos da Instituição, pressupondo a implementação de políticas de gestão que promovam um ambiente organizacional

de permanente aprendizagem individual e colectiva, factor primordial para o desenvolvimento e consolidação de cuidados de saúde seguros e com qualidade.

Desta forma, o crescente interesse pelas questões ligadas à qualidade levou à necessidade da implementação de sistemas que atestem a qualidade nas instituições de saúde. No entanto, não adianta implementar sistemas de qualidade se depois não for possível quantificá-la. É necessário implementar sistemas que prevejam a avaliação da mesma por organismos autónomos, de forma a servirem de garante aos olhos dos utentes que acorrem aos seus serviços.

A maioria dos modelos utilizados no mundo ocidental em matéria de avaliação da qualidade, certificação e promoção da excelência tentam conciliar práticas de promoção de segurança, racionalização de processos, políticas de redução de custos e simplificação dos sistemas de auditoria (Abreu, 2003).

De acordo com Brook *et al* (2000) são três as categorias de medida: a estrutura, os processos e os resultados. A estrutura refere-se à atenção dispensada ao utente pelas instituições. Os processos referem-se ao trajecto da prestação dos cuidados, às metodologias utilizadas e aos recursos disponibilizados. Os resultados comportam não apenas as actividades realizadas mas também as respostas dos doentes (Abreu, 2003).

A acreditação por parte dos hospitais da qualidade das suas práticas por entidades como o King's Fund Health Quality Service, ou a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, implica mudanças de fundo nas suas organizações e uma melhoria contínua dos serviços que disponibilizam aos seus utentes. Pressupõe uma mudança de atitude e empenho dos profissionais que a integram, pelo que se poderá constituir como mais um factor de ansiedade para os profissionais.

## 2 – A APRENDIZAGEM EM CONTEXTO CLÍNICO

A aprendizagem em ambiente clínico contém algumas características particulares que a distingue da educação formal em sala de aula. Apesar de ambas se constituírem como espaços de formação, a aprendizagem em contexto clínico ocorre, de acordo com Abreu (2003: 20), num “*ambiente social complexo onde se cruzam as lógicas dos utentes, formadores, profissionais de saúde e dos alunos*”. Constitui-se como um espaço onde o imprevisto ocorre com bastante frequência, em comparação com a formação clássica em sala de aula, onde há um controlo maior sobre os processos de ensino e aprendizagem.

A aprendizagem em ambiente clínico apresenta-se como uma actividade dinâmica entre os conceitos que o aluno apreendeu nas aulas teóricas, as novas situações que encontra na prática e a redefinição de conceitos com base nessas novas experiências incorporadas. Segundo Abreu (2003: 21) esta aprendizagem “*pressupõe sempre uma actividade cognitiva, mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica*”. O autor continua, indicando que o processo de aprendizagem tem a sua origem quando o aluno se confronta com uma nova situação/problema, levando-o a questionar e reformular os seus esquemas operatórios. Esta fase compreende, na óptica do autor, “*motivação, orientação, integração e acção*”. Haverá aprendizagem quando o aluno integra a nova informação e conseqüentemente estabelece uma acção, num contexto de avaliação e controlo, integrados num processo auto ou hetero-dirigido.

A aprendizagem em contexto clínico representa uma experiência única para cada aluno, potenciando o seu desenvolvimento pessoal e profissional de uma forma específica e individualizada, cabendo a cada aluno encontrar os mecanismos ideais para integrar toda a informação recebida e de a extrapolar para outras situações com as quais se depara, em contextos diversos daquele em que foi assimilada.

Os alunos que integram os estágios clínicos, são indivíduos que normalmente se situam na categoria de jovens adultos, como tal encontram-se numa fase de desenvolvimento humano característica desse grupo.

Até chegar à idade adulta o desenvolvimento humano implica, na concepção de Alarcão e Tavares (2003: 50) a *“construção de estruturas que através de um processo dinâmico, dialéctico e progressivo de interiorização, passam de esquemas de acção a esquemas operatórios, mais ou menos complexos e abstractos, que servirão de suporte e permitirão as mais variadas actividades que os sujeitos terão de desenvolver para se adaptarem à realidade e resolver os múltiplos problemas que se lhe apresentem nas diversas situações de vida, pessoal e profissional”*. Durante esta fase o indivíduo vai construindo e amadurecendo as suas estruturas físicas e biológicas, num processo gradual e contínuo, sendo que o seu desenvolvimento psicológico e social está dependente da edificação dessas estruturas.

Ao chegar à idade adulta pressupõem-se que a fase de construção das estruturas físicas e biológicas já esteja concluída, assumindo o desenvolvimento humano, um sentido qualitativamente distinto. Nesta fase já não necessitarão de erigir novas estruturas, mas desenvolver as já adquiridas. Isto deverá acontecer através de um processo integrado de informação-reflexão-acção-reflexão, de modo a ser assimilado de forma plena na estrutura da sua personalidade (Alarcão e Tavares, 2003).

Os alunos em estágio são jovens adultos que continuam a desenvolver-se e a aprender. Encontram-se num determinado estágio de desenvolvimento e a sua acção educativa será tanto mais eficaz quanto maior e mais equilibrado for o seu desenvolvimento humano, o que lhe permitirá ter uma melhor percepção e compreensão das diversas situações que irá encontrar e dos problemas que essas situações encerram em si mesmas. Isto deve-se segundo a perspectiva de Alarcão e Tavares (2003: 52) *“pelo maior grau de sensibilidade, de abertura, de disponibilidade, de abrangência, de reflexão, de flexibilidade e empatia, de lealdade de solidariedade, de tolerância”* que apresentam perante as situações com que se confrontam. Os mesmos autores concluem que o desenvolvimento humano assim entendido se estende até ao final da vida, ao contrário do que acontece às estruturas somáticas.

## 2.1 – Reflexão e aprendizagem segundo Vygotsky, Dewey e Kolb

Lev Vygotsky nasceu na Bielo-Rússia em 1896 tendo morrido em Moscovo em 1934, com apenas 37 anos. Foi o grande fundador da escola soviética de psicologia, principal corrente que veio dar origem ao sócio-construtivismo (Oliveira, 1995), sendo ainda responsável pela teoria do desenvolvimento social da aprendizagem (Riddle, 1999). Contemporâneo de Piaget (Fino, 2001), centra a sua atenção nos fenómenos da interacção e da consciência humana (Abreu, 2003). Segundo este autor a relação com o meio começa por ser espontânea mas a progressiva tomada de consciência e a focalização em determinadas áreas do conhecimento transformam essa espontaneidade e contribuem para o que Vygotsky denomina por inteligência adaptativa.

Vygotsky vive de perto o período conturbado da revolução bolchevique de 1917 e os seus estudos vão no sentido de tentar reescrever a psicologia, com base no materialismo marxista, e desenhar uma teoria da educação que reflecta o novo contexto social que emerge na União Soviética em resultado desse acontecimento (Oliveira, 1995). No entanto o seu pensamento entrou em conflito com a ortodoxia vigente na União Soviética, motivo pelo qual os seus estudos foram praticamente banidos até à queda do regime, sendo apenas conhecido o seu legado em meios académicos restritos (Fino, 2001). No ocidente o seu trabalho começa a ser estudado e divulgado com interesse na década de 70 e 80 do Século XX, ou seja com o final da designada Guerra-Fria (Abreu, 2007).

Para Vygotsky o que distingue os humanos dos restantes animais é a capacidade de imaginar. Mais concretamente a capacidade de utilizar instrumentos simbólicos, possuindo desse modo um processo de mediação simbólica ao expressar-se. Oliveira (1995) recorda um exemplo ilustrativo dessa condição descrito por Vygotsky num artigo da sua autoria. Nele o autor refere que as formas tipicamente humanas de pensar surgem, por exemplo, quando uma criança pega num cabo de vassoura e o transforma num cavalo, numa espingarda, ou numa árvore. Lembra que os chimpanzés por mais inteligentes que possam parecer, poderão quando muito utilizar a vassoura para os auxiliar no

derrube das bananas de uma árvore, mas jamais poderão criar uma situação imaginária. Os signos assumem assim uma importância fulcral na teoria que estabeleceu, pois é através deles que introspectivamente o ser humano se torna apto a resolver problemas psicológicos. A invenção e o uso de signos como meios auxiliares para solucionar um dado problema psicológico é análoga à invenção e uso de instrumentos, só que neste caso situa-se ao nível do campo psicológico. O signo funciona como um instrumento da actividade psicológica de maneira análoga ao papel de um instrumento de trabalho. Com este processo de interiorização o ser humano torna-se capaz de transformar marcas externas em processos internos de mediação.

Vygotsky foi um dos primeiros a considerar que o desenvolvimento intelectual das crianças ocorre em função das suas interacções sociais. Abreu (2003: 25) refere que Vygotsky enfatizava as condicionantes socioculturais do desenvolvimento humano e identificava a interacção social como fonte dominante de aprendizagem e de desenvolvimento pessoal e social.

No centro da sua teoria está o conceito da Zona de Desenvolvimento Proximal. Para Vygotsky existem dois níveis de desenvolvimento: o real e o potencial. O desenvolvimento real define-se como a capacidade de a criança realizar tarefas de forma independente. São aquelas capacidades ou funções que a criança já domina completamente e exerce de forma independente, sem ajuda de outras pessoas. Por desenvolvimento potencial entende-se a capacidade da criança desempenhar tarefas com a ajuda de adultos ou de companheiros mais capazes.

A Zona de Desenvolvimento Proximal será uma área potencial de desenvolvimento cognitivo, que corresponderá à distância entre o nível de desenvolvimento real e o de desenvolvimento potencial. Partindo deste pressuposto pode-se considerar que todas as crianças conseguem fazer mais quando auxiliadas do que aquilo que fazem por si próprias. Este pressuposto está bem patente nas palavras de Vygotsky (1979 cit. por Libório, 2000) quando afirma que *“no desenvolvimento a imitação e o ensino desempenham um papel de primeira importância. Põem em evidência as qualidades especificamente humanas do cérebro e conduzem a criança a atingir novos níveis de*

*desenvolvimento. A criança fará amanhã sozinha, aquilo que hoje é capaz de fazer em cooperação. Por conseguinte, o único tipo correcto de pedagogia é aquele que segue em avanço relativamente ao desenvolvimento e o guia; deve ter por objectivo não as funções maduras, mas as funções em vias de maturação”.*

Vygotsky atribui grande importância às diversas formas de linguagem como mediadoras da aprendizagem (Abreu, 2007). Só através delas é possível estabelecer a comunicação entre quem aprende e quem auxilia. A utilização integrada das várias formas de linguagem deve ter como objectivo transmitir um conjunto de informações que tenham significado para o aluno, de forma a desenvolver a sua Zona de Desenvolvimento Proximal.

Libório (2000) realça que apesar da maioria dos escritos de Vygotsky onde é apresentado o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal fazerem referência a crianças em idade escolar, isso não implica que o autor considere que este conceito seja apenas aplicável em idade escolar e em consequência do papel exercido pelas aprendizagens formais.

Perante essa perspectiva a orientação de alunos em estágio clínico constitui-se como uma estratégia de mediação, auxiliando os alunos a realizarem tarefas que numa primeira fase ainda não possuem capacidade para as realizarem por si só, adquirindo automatismos, competências e auto-confiança para as realizarem posteriormente sem auxílio.

Spouse (2001) realça que as teorias de Lev Vygotsky, quando aplicadas à formação em contexto clínico, alertam para aspectos que o orientador clínico não pode negligenciar: primeiro devem identificar o que o aluno tem necessidade de saber, para depois falar com eles sobre os aspectos e procedimentos que ainda não lhe são familiares.

Um conceito relevante para a aprendizagem, segundo Vygotsky, é o de *“legitimate peripheral participation”* que normalmente é conhecido entre nós por aprendizagens informais. A esse propósito Abreu (2007: 121) reconhece que *“no decurso do seu processo de aprendizagem, o formando concretiza aprendizagens que, não assumindo a forma de momentos deliberados de formação, têm um efeito educativo específico, designadamente para o processo de socialização”.*

Spouse (2001) acrescenta que ao participarem em actividades informais os alunos reconhecem a relevância dos saberes adquiridos, por esta via, para a sua prática, constituindo-se como um contributo para os auxiliar a concretizar mais facilmente novas aprendizagens e a articular a teoria com a prática.

Abreu (2007) realça a importância das actividades paralelas, clínicas ou não, na formação em contexto clínico. O autor acrescenta, ainda, que estas actividades para além de poderem ser relevantes sob o ponto de vista científico, constituem-se também como pontos de ancoragem para promover a motivação do aluno, preservar a sua estabilidade ou apoiar a sua formação pessoal. Contribuem para o desenvolvimento da auto-estima, do espírito crítico, da reflexão sobre as práticas e do pensamento ético.

Orga (2002) tendo como referência a adaptação realizada por Miltenburg e Singer (1999) a partir do modelo de Vygotsky, menciona que o orientador clínico deve trabalhar a zona de desenvolvimento proximal do aluno em formação:

- ✓ Interpretando a relação supervisiva como uma relação de parceria, na qual os actores sociais trabalham em função do mesmo objectivo;
- ✓ Clarificando as suas opções e estratégias didácticas;
- ✓ Recorrendo a estratégias psicopedagógicas para transmitir segurança ao aluno, motivá-lo para a aprendizagem e favorecer a sua autonomia (Abreu, 2007).

Tendo em consideração os ensinamentos de Vygotsky depreende-se que o sucesso da aprendizagem em contexto clínico está dependente das relações que se estabelecem no ambiente sociocultural, mas também, de um trabalho consistente do supervisor que deve ter em consideração os aspectos de ordem didáctica.

Em 1984 David Kolb edita a sua obra mais aclamada: *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Nele apresenta a sua teoria da aprendizagem pela experiência, que desenvolve tendo como referência os estudos de numerosos investigadores do século XX, tais como: Dewey, Lewin, Piaget (Abreu, 2003), Rogers, Jung (Smith, 2001) e Vygotsky (Abreu 2007).

Possui como ideia nuclear, que a aprendizagem não se desenvolve apenas nos espaços e tempos concebidos e reconhecidos socialmente como tal, não se podendo ignorar o conhecimento gerado através da experiência social e profissional (Pinto, 1993 referenciado por Abreu, 2001), tendo permitido construir uma visão diferente sobre a forma como os alunos desenvolvem a sua aprendizagem em contexto clínico (Abreu, 2003).

Kolb, tendo por base os trabalhos de Vygotsky, define a aprendizagem experiencial como um processo durante o qual um saber é criado graças à transformação pela experiência. Os seus estudos desenvolveram-se tendo como pressuposto que as ideias não são imutáveis, mas sim passíveis de ser testadas e readaptadas constantemente através da experiência.

Abreu (2003: 32) descreve resumidamente a forma como se constitui a inteligência prática no decurso da experiência clínica: *“quando o professor ou tutor acompanham o aluno na prestação de um determinado cuidado, assistem a uma ruptura epistemológica no quadro cognitivo do aluno. Um conjunto de saberes é sacrificado ou substituído por outro, não num contexto de hierarquização de aprendizagens de níveis de complexidade crescente, mas numa sequência de tentativas de mobilização de saberes entre domínios cognitivos”*.

Kolb identifica duas dimensões primárias no processo de aprendizagem: a experimentação concreta *versus* conceptualização abstracta, associada à apreensão e a experimentação activa *versus* observação reflexiva associada à transformação. Cada uma destas dimensões representa orientações adaptativas opostas. Os indivíduos no seu processo de aprendizagem são condicionados a construir um quadro de desenvolvimento de competências dentro dos vários degraus em que se divide estes eixos (Abreu, 2001).

Um outro conceito capital na teoria da aprendizagem pela experiência de David Kolb é o estilo de aprendizagem. O autor defende que a forma como é processada a informação é distinta de indivíduo para indivíduo, dependendo da forma como estrutura o seu pensamento. O conhecimento resulta da combinação entre a experiência percebida e a transformação da mesma. Havendo duas formas distintas de apreensão (concreta – apreensão / abstracta - compreensão) e

de transformação (activa – extensão / reflexiva - intenção), então kolb considerou quatro estilos básicos de aprendizagem: divergente, assimilativo, convergente e acomodativo.

O estilo **divergente** enfatiza a interiorização da experiência através da apreensão e a transformação através da intenção.

O estilo **assimilativo** enfatiza a interiorização da experiência através da compreensão e a transformação através da intenção.

O estilo **convergente** enfatiza a interiorização da experiência através da compreensão e a transformação através da extensão.

O estilo **acomodativo** enfatiza a interiorização da experiência através da apreensão e a transformação através da extensão.

Segundo Kolb o estilo de aprendizagem é condicionado e reforçado pelo uso repetido de determinadas competências de aprendizagem intrínsecas ao contexto (Abreu, 2001). Surge assim o conceito presente na sua teoria de *environmental press* que consiste na influência exercida pela estrutura do conhecimento e os métodos de aprendizagem em determinada área do saber para condicionar o estilo de aprendizagem. Existe segundo esta perspectiva uma tendência para os membros de uma mesma profissão reflectirem as pressões que se sentem na aprendizagem dessa disciplina.

As estratégias de supervisão deverão ter em conta os diversos estilos de aprendizagem que os alunos possam apresentar. Deverão ser diversificadas em número suficiente de forma a abrangerem a totalidade dos estilos, uma vez que o papel do supervisor clínico é constituir-se como um facilitador da aprendizagem dos alunos em estágio. Pois tal como nos recorda Abreu (2003: 30) *“para o aluno a produção de um saber comporta a produção de um sentido: o processo de Tutoria e a experiência pessoal transformam as interpretações sumárias da realidade em adquiridos da formação”*.

Ao longo dos anos, as investigações que Kolb e seus associados realizaram sobre a aprendizagem, originaram o desenvolvimento de diversos instrumentos para avaliar o estilo de aprendizagem e os condicionalismos ambientais, alguns

dos quais se tornaram populares, tais como o *Learning Style Inventory* (LSI), o *Adaptive Competency Profile* (ACP) e o *Environmental Press Questionnaire* (EPQ) (Abreu, 2007). Algumas das versões construídas foram definidas especificamente para enfermeiros, sendo sujeitos a avaliações psicométricas relevantes para o processo de tomada de decisão a partir dos resultados obtidos.

Em Portugal, o processo de tradução e validação dos instrumentos, *Adaptive Competency Profile* (ACP) e *Environmental Press Questionnaire* (EPQ), ocorreu entre os anos de 1994 e 1995, conduzido por Abreu, encontrando-se a sua descrição em Abreu (2003).

Laschinger e Stutsky (1995) defendem que o modelo de Kolb pode constituir-se como uma importante estratégia de desenvolvimento dos modelos de formação utilizados pelos docentes de enfermagem, ao que nós acrescentaríamos a todos os docentes da área da saúde.

John Dewey, filósofo americano que viveu entre 1859 e 1952, é reconhecido como um dos educadores com maior reputação nos Estados Unidos da América do século XX (Teitelbaum e Apple, 2001). Tal como Vygotsky, Dewey concebia o conhecimento e o seu desenvolvimento como um processo social, integrando os conceitos de sociedade e indivíduo. Acreditava que as ideias, os valores e conceitos sociais, teriam a sua origem a partir de circunstâncias práticas da vida.

Como tal, defendia que a escola tinha o dever de preparar os seus alunos para resolver os problemas com que se deparam no seu ambiente físico e social. “*A escola devia surgir como um prolongamento da vida e ao mesmo tempo, esta devia ser destinatária das aprendizagens escolares adquiridas*” (Lalanda e Abrantes, 1996: 43).

Entendia a educação não como uma preparação para a vida, mas sim a própria vida. Deste modo, Dewey defendia um conceito de escola activa na qual o aluno teria que ter iniciativa, originalidade e agir de forma cooperativa (Machado, 2000). Os programas curriculares teriam de ser abertos, ao contrário dos planos curriculares utilizados pelas escolas da época, tendo como função a coordenação das actividades necessárias à resolução de situações-problema concretas. O ensino da escrita, da leitura, a gramática e outras matérias escolares, era

compreendida como uma forma de dotar os alunos de instrumentos que lhes permitissem a resolução de problemas e não como um fim em si mesmos. (Lalanda e Abrantes, 1996).

No centro desta nova perspectiva educativa estaria a reflexão. O ensino reflexivo nas palavras de Dewey (1989: 25) levaria a cabo “*o exame activo, persistente e cuidadoso de todas as crenças ou supostas formas de conhecimento, à luz dos fundamentos que os sustentam e das conclusões para que tendem*”.

O pensamento reflexivo afigura-se deste modo como o instrumento primordial de aprendizagem e desenvolvimento. Será esta a forma mais nobre do pensamento, definindo-o Dewey (1959, cit. Por Lalanda e Abrantes, 1996) como sendo “*a espécie de pensamento que consiste em examinar mentalmente o assunto e dar-lhe consideração séria e consecutiva*”. Ao desenvolver a capacidade dos alunos de pensarem reflexivamente, a escola estará a dotá-los de competências fundamentais que lhes permitirá resolver os inúmeros e variados problemas com que serão confrontados ao longo da vida.

De igual modo os alunos em estágio têm necessidade de reflectir sobre as experiências vividas, pois para integrarem as aprendizagens e se desenvolverem é fundamental reflectirem sobre a experiência vivida e interpretá-la, pois só essa actividade conceptualizadora atribui sentido à experiência, ou seja, transforma-a numa experiência significativa.

Alarcão (2005: 8), num exercício de revisão dos ensinamentos de John Dewey, identifica nove princípios que terão de estar presentes em qualquer experiência para que se possa transformar, através de um processo reflexivo, em uma experiência significativa:

**O princípio da Significação:** Para ser válida, a experiência tem de fazer sentido, estabelecendo uma relação entre a pessoa e os acontecimentos por esta vividos e aos quais atribui significação.

**Princípio da Continuidade:** A experiência significativa situa-se numa linha de continuidade entre aprendizagens anteriores e as outras que lhe virão a suceder.

**Princípio da Organização:** As experiências devem ser interpretadas e integradas nos esquemas mentais já existentes de uma forma organizada, conferindo coerência às aprendizagens.

**Princípio do Desenvolvimento e da Aprendizagem:** A experiência, inserida num princípio de organização, gera a possibilidade de novas experiências e novas configurações de saber conducentes a uma melhor compreensão e interacção com o meio.

**Princípio da Qualidade:** A experiência deve ser sentida por quem a vivência como compensadora, positiva e motivadora.

**Princípio da Reflexão:** O aparentemente tácito na vida do dia-a-dia esconde uma multiplicidade de factores de aprendizagem que a reflexão sobre a experiência pode proporcionar (Alarcão, 2005).

**Princípio da Interação Social:** A experiência humana é, em última análise, social, pelo que fomenta a interacção e a comunicação com os outros.

**Princípio da Educação:** A experiência significativa conduz à educação entendida como desenvolvimento, inteligentemente orientado, das possibilidades escondidas na vida do dia-a-dia.

**Princípio da Formação Holística:** A globalidade do indivíduo constrói-se na variedade integrada das experiências vividas e assimiladas.

A consagração de períodos específicos para reflexão conjunta entre o supervisor e os alunos em estágio, sobre as actividades por eles desenvolvidas durante os mesmos, afigura-se fundamental para a interiorização dos novos conhecimentos e reconceptualização de conceitos antigos à luz das novas informações adquiridas. Apenas desse modo as experiências vividas em estágio podem transformar-se em experiências significativas.

## **2.2 - A epistemologia da prática segundo Donald Schön**

A tomada de consciência pela comunidade de formadores, sobre a necessidade de induzirem os alunos a reflectir sobre as suas acções durante o estágio à luz de

referentes teóricos, de modo a melhor assimilarem os conhecimentos adquiridos, encontra nos trabalhos publicados por Donald Schön uma das suas grandes bases de apoio. Schön foi sem dúvida, um dos autores que teve maior peso na difusão do conceito de reflexão (Vasconcelos, 2000).

Insurge-se contra o paradigma até então dominante da educação profissionalizante, que se baseava num racionalismo técnico, cujo processo formativo assentaria, segundo Sá-Chaves (2000: 89) *“sobretudo na aprendizagem e no domínio de um conjunto variado de competências técnicas de suposta aplicabilidade imediata, independentemente das contingências que entrosam e desenham a complexidade de cada problema”*. No entanto, a realidade com que os futuros profissionais se irão confrontar no seu dia-a-dia, nem sempre possui contornos bem definidos. Na maioria das vezes os problemas não são passíveis de ser resolvidos através da aplicação directa de uma qualquer fórmula apreendida nos bancos da universidade, como se de um receituário se tratasse. Pelo contrário cada situação surge ao princípio como um caso único, sendo necessário tomar consciência da sua natureza e compreendê-lo para então depois estar apto a resolvê-lo.

Como alternativa a este paradigma propõe uma *“epistemologia da prática que tenha como ponto de referência as competências que se encontram subjacentes à prática dos bons profissionais”* (Alarcão, 1996: 11), constituindo-se como *“o conhecimento que os profissionais constroem a partir da reflexão das suas práticas”* (Alarcão, 2001: 24). Os seus livros *The Reflective Practitioner* (1983) e *Educating the Reflective Practitioner* (1987) contribuíram para popularizar e estender ao campo da formação as suas conjecturas sobre a epistemologia da prática (Vasconcelos, 2000).

A teoria de Donald Schön baseia-se na ideia de que inerente à prática de um bom profissional está uma competência que denominou de *artistry*, resultante de uma mistura integrada de saberes de domínio técnico, científico e artístico (no sentido de saber-fazer). Esta competência assenta num conhecimento tácito que está sempre presente e lhes permite desempenhar com competência as suas tarefas. Nas palavras de Alarcão (1996: 13) trata-se de um *“saber-fazer sólido, teórico e*

*prático, inteligente e criativo que permite ao profissional agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos, caracterizados por zonas de indefinição que de cada situação fazem uma novidade e a exigir uma reflexão e uma atenção dialogante com a própria realidade que lhe fala*”. Em suma é a competência que permite aos bons profissionais resolverem os problemas com que se confrontam no dia-a-dia. A mesma autora acrescenta que esta competência é criativa em si mesma, “*porque traz consigo o desenvolvimento de novas formas de utilizar competências que já possui e traduz-se na aquisição de novos saberes*” (Alarcão, 1996: 16).

Surgem assim os conceitos desenvolvidos por Schön de conhecimento na acção, reflexão na acção, reflexão sobre a acção e reflexão sobre a reflexão na acção.

**O conhecimento da acção** é tácito e manifesta-se na espontaneidade com que uma acção é bem desempenhada.

**A reflexão na acção** é a reflexão que ocorre durante a realização da acção sem a interromper, apenas com breves segundos de distanciamento que servem para reformular a acção enquanto esta é executada.

**A reflexão sobre a acção** ocorre quando se reconstrói a acção mentalmente e retrospectivamente com intuito de a analisar. Esta reflexão ocorre normalmente quando a acção assume uma forma inesperada ou quando é percebida pelo profissional de uma forma diferente do habitual.

**A reflexão sobre a reflexão na acção** serve para analisar a forma como o profissional pensa ao executar uma determinada acção. Leva o profissional a progredir no seu desenvolvimento e a construir a sua forma pessoal de conhecer (Alarcão, 1996).

Transportando estes conceitos para os ensinos clínicos, torna-se evidente a necessidade do supervisor ser um profissional competente, alguém que possua a competência que Schön denominou de *artistry* bem desenvolvida, pois ninguém consegue “legar” a outrem algo que não possui. Mas essa característica não é por si só suficiente, necessita ser acompanhada de competências de comunicação que lhe permitam dialogar com o aluno em estágio, levando-o a reflectir sobre as acções desenvolvidas e levando-o acima de tudo a reflectir sobre a sua forma de

pensar durante a acção, pois o conhecimento que daí advém ajudará o aluno a determinar as suas acções futuras, compreender os problemas ou a descobrir novas soluções. Em suma permitirá ao futuro profissional enfrentar e resolver com sucesso os problemas com que se irá confrontar no decurso da sua vida profissional, permitindo ainda o seu constante desenvolvimento pessoal e profissional.

### **2.3 - Perspectiva ecológica do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner**

Outro factor que condiciona de forma determinante o desenvolvimento do aluno é o contexto em que está inserido. Portugal (1992: 33) chama a atenção para esse aspecto ao recordar que *“cada um de nós seria diferente se se tivesse desenvolvido num outro meio ou se os meios físicos e sociais que enquadram o nosso desenvolvimento tivessem aparecido em momentos diferentes da nossa vida”*.

Urie Bronfenbrenner psicólogo e investigador, nasceu em Moscovo em 1917 mas imigrou aos 6 anos juntamente com os seus pais, radicando-se nos Estados Unidos da América (Krebs, 1995), onde tem dedicado grande parte da sua vida a estudar a interacção entre o sujeito e o seu ambiente, com o intuito de tentar explicar o comportamento e o desenvolvimento humano.

Como resultado dos seus estudos concebeu uma teoria que designou de modelo ecológico de desenvolvimento humano, cuja ideia central é revelada por Portugal (1992: 37) a partir da leitura dos estudos de Bronfenbrenner: *“A ecologia do desenvolvimento humano implica o estudo (...) da interacção mútua e progressiva entre por um lado um individuo activo, em constante crescimento, e, por outro lado as propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o individuo vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais vastos em que aqueles se integram”*.

Daqui se depreende, tal como nos é transmitido por Alarcão e Sá-Chaves (1994), a existência de uma relação recíproca sinérgica entre o sujeito e o ambiente e uma rede múltipla de relações de intercontextualidade.

No seu modelo Bronfenbrenner considera que o ambiente ecológico é concebido como uma série de estruturas encaixadas, umas dentro de outras, como um conjunto de bonecas russas (Bronfenbrenner, 1996). No nível mais interno situam-se os ambiente mais imediatos contendo a pessoa em desenvolvimento, a que o autor deu o nome de **microsistemas**. Em cada um destes microsistemas o sujeito realiza determinadas actividades, desempenha determinados papéis e estabelece determinadas relações interpessoais (Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

O nível seguinte refere-se à interacção que existe entre os diferentes microsistemas em que o sujeito participa. Cada um deles não é estanque comunicando entre si e influenciando o sujeito através dessa intercomunicação. A este nível Bronfenbrenner deu o nome de **mesosistema**. Um mesosistema implica que ocorra inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa activamente. Esta relação entre microsistemas está bem patente nos escritos de Portugal, (1994: 242) quando refere que *“enquanto que o microsistema se limita aos processos que ocorrem no seio de um ambiente particular, a análise do mesosistema exige que se tenha em conta os efeitos dos processos operantes e interactivos em dois ou mais ambientes em que o sujeito em desenvolvimento participa activamente”*.

O terceiro nível *“invoca a hipótese de que o desenvolvimento da pessoa é profundamente afectado pelos eventos que ocorrem em ambientes em que a pessoa nem sequer está presente”* (Bronfenbrenner, 1996: 5). O autor considerou dois níveis de contextos menos imediatos: o exosistema e o macrosistema.

O **exosistema** refere-se aos ambientes que, sem implicarem a participação activa do sujeito, o afectam ou por ele são afectados (Alarcão e Sá Chaves, 1994).

O **macrosistema** refere-se aos padrões globais de ideologia e organização das instituições sociais, comuns a uma determinada cultura ou sub-cultura (Bronfenbrenner, 1996). São os protótipos gerais que subjazem às estruturas ou actividades que ocorrem nos vários contextos.

Bronfenbrenner considera como fundamental para o desenvolvimento da pessoa aquilo a que apelidou de transições ecológicas. Dá-se uma transição ecológica *“sempre que a posição do indivíduo se altera em virtude de uma modificação no meio ou nos papéis e actividades desenvolvidas pelo sujeito”* (Portugal, 1992: 40). Dessa forma a ida do aluno para estágio representa uma transição ecológica, pois ele será inserido num novo microsistema, em que desempenhará novos papéis, desenvolverá novas actividades e estabelecerá novas relações pessoais.

Um outro elemento importante na teoria de Bronfenbrenner são as relações interpessoais que o sujeito estabelece. Para o autor a unidade básica de análise são as díades (Krebs, 1995). Uma díade é na concepção de Bronfenbrenner (1996: 46) *“formada sempre que duas pessoas prestam atenção nas actividades uma da outra”*. Estas díades podem ser de três tipos: díade observacional, díade de actividade conjunta e díade primária. Para que se estabeleça uma díade observacional é apenas necessário que um dos indivíduos se mantenha prestando atenção à actividade do outro e que este se aperceba que está sendo observado. Um exemplo será o aluno em estágio observando o seu supervisor enquanto este exemplifica determinado procedimento técnico.

As díades de actividade conjunta são uma evolução lógica das anteriores e verifica-se quando os dois participantes se apercebem como fazendo algo em conjunto (Portugal, 1992). De acordo com Krebs (1995), o impacto que uma díade de actividade conjunta exerce sobre o indivíduo depende principalmente de três características: reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afectiva.

As díades primárias são as mais duradouras pois segundo Alarcão e Sá-Chaves (1994: 213) são *“caracterizadas por uma forte relação afectiva de sinal positivo, continuam a existir mesmo quando os membros não se encontram juntos”*.

Fazendo a transposição para um aluno em estágio centrando-nos na relação que ele estabelece com o seu orientador de estágio, podemos considerar que nos primeiros dias a díade que se estabelece entre eles será predominantemente de cariz observacional, onde o aluno observará atentamente os procedimentos que o seu orientador executa, tendo uma intervenção reduzida. Trata-se de uma relação do tipo mestre - aprendiz, em que o mestre detém o poder quase total da relação.

Rapidamente essa relação tenderá a evoluir para uma díade de actividade conjunta, sendo que o aluno, presumivelmente, assumirá um papel cada vez mais relevante ao longo do estágio. Assiste-se deste modo à transferência de parte das responsabilidades e de tarefas do orientador para o aluno, favorecendo um maior equilíbrio de poder na relação.

Por vezes estas relações evoluem para díades primárias, no sentido em que entre o aluno e o seu orientador se criam laços afectivos, de tal modo, que a influência dos membros que compõe a díade se verifica, mesmo quando estes não se encontram juntos.

Nem sempre a relação entre orientador-aluno em estágio atinge o grau de díade primária devido a factores de vária ordem, no entanto o processo supervisivo será mais eficaz e os resultados que dele advêm serão mais duradouros se a díade conseguir evoluir até esse patamar.

Para que se assista ao desenvolvimento do aluno em estágio é necessário que o contexto de aprendizagem potencie a ocorrência de transições ecológicas. Dito de outro modo é necessário que o ambiente que sustenta o estágio seja ele próprio uma fonte de motivação para a aprendizagem, logo para o desenvolvimento do aluno em todas as suas vertentes. Bronfenbrenner designou por ambiente primário, os contextos que reúnem as condições propícias a que ocorra desenvolvimento humano.

Em investigações posteriores Bronfenbrenner introduz o conceito de *processos proximais* (Bronfenbrenner e Morris, 1998), que remete explicitamente para a interacção social como dimensão estruturante do desenvolvimento. A interacção social produzirá efeito não apenas ao nível do desenvolvimento de competências funcionais, mas também resultará como suporte emocional perante as situações geradoras de stress. De acordo com Abreu (2007) para que os processos proximais condicionem de forma efectiva o processo de desenvolvimento é necessário que exista um estímulo, que este actue com regularidade, que exista uma complexidade crescente, que existam interacções recíprocas e que a nível do sujeito ocorram fenómenos que suscitem a sua atenção, curiosidade e exploração.

O modelo proposto por Bronfenbrenner pressupõe um quadro explicativo que permite compreender determinadas vertentes do processo de socialização humana, nos diversos contextos em que ela ocorre. Na área da saúde tem sido ensaiado por vários autores a sua aplicação neste contexto.

Abreu (2007) descreve uma investigação por si realizada em 1994, em contexto hospitalar, com o objectivo de estudar as dinâmicas de formação de um grupo de enfermeiros, partindo de uma interrogação sobre os dispositivos de formação instituídos no local de trabalho, as interacções que aí decorriam, a reflexão sobre as práticas e a vivência pessoal e colectiva do exercício do trabalho. Na sequência da investigação, o autor identificou um conjunto de dimensões e factores, inerentes ao microsistema, que interferem com o processo de formação e socialização dos enfermeiros. Para além dos momentos formais de orientação, seriam formadores os processos que, mesmo sem intencionalidade formativa explícita, condicionam o comportamento dos actores no seio do colectivo de trabalho, tais como, os jogos de poder, a conflitualidade e a organização do trabalho.

Para além do contexto hospitalar os profissionais participam em outros microsistemas, sendo que cada um deles contribui e condiciona o seu desenvolvimento. A transição entre os diversos microsistemas permite o exercício e o desenvolvimento de diversos tipos de competências específicas, bem como a consolidação de papéis sociais relevantes, avaliados na perspectiva do profissional. O autor identificou, no seu estudo de caso, um conjunto de dimensões que medeiam as relações entre os sistemas (Abreu, 2007: 131):

- ✓ As metodologias de organização do trabalho, porque se relacionam com o volume, o ritmo ou o horário de trabalho, por exemplo, podem ter reflexos na relação e interacções familiares;
- ✓ A relação entre os poderes médico e administrativo que pode influenciar indirectamente o processo de desenvolvimento de qualquer profissional;
- ✓ O tipo de relação existente entre os utentes e os sectores profissionais adjacentes.

Ao nível do macrosistema, o autor identificou a representação social da profissão como um factor importante porque, embora se situe em esferas exteriores ao contexto de trabalho, gera no profissional um conjunto de respostas ao nível do comportamento quotidiano, lógicas identitárias e disposição para participar em projectos de mudança instituintes.

Numa outra perspectiva Linares et al (2002), no âmbito da psicooncologia, estudaram as modificações que ocorrem na vida de um doente do foro oncológico, tendo por base o modelo ecológico desenvolvido por Bronfenbrenner. Começaram por considerar que a nova condição de doente ecológico do sujeito, implica um reajustamento da sua parte, nos papéis, relações e actividades que desempenha em cada microsistema no qual está inserido, mas também transformações dos próprios microsistemas em função das novas circunstâncias individuais do sujeito. Ocorrerá, ainda, um acréscimo dos microsistemas em que o sujeito participa em virtude da sua condição de doente, como são exemplos, o hospital, os doentes que consigo co-habitam em períodos de internamento, as consultas de grupo ou as associações a que recorre à procura de auxílio.

Ao nível do mesosistema os autores identificaram três dimensões que medeiam as relações entre os microsistemas:

- ✓ Fluxo de informação, entre os profissionais de saúde e a família, amigos e associações de apoio social;
- ✓ Relacionada com a promoção de condutas saudáveis, assumindo particular importância a adequação entre as instruções dadas pelos profissionais de saúde e as aconselhadas pela família e amigos;
- ✓ Associada com o apoio social, no qual assume particular importância o apoio que é oferecido à família do doente oriundo dos vários microsistemas.

Ao nível do exosistema os autores identificaram um conjunto de factores que influenciam a condição psicológica do doente oncológico, tais como: rede de apoio social, cultura organizacional da instituição de saúde a que recorre ou os condicionalismos laborais dos familiares.

Factores como as orientações políticas ao nível social e sanitário, as representações sociais da doença e a legislação nacional sobre os direitos e deveres dos doentes, são apontadas por Linares et al (2002) ao nível do macrosistema, como exercendo influência no desenvolvimento do doente oncológico.

Analisando o modelo ecológico de desenvolvimento humano proposto por Bronfenbrenner e situando-o no contexto supervisivo, poderemos inferir que será responsabilidade do orientador de estágio, providenciar ao aluno um contexto de estágio potencialmente primário. Isso poderá ser alcançado através de múltiplos factores tais como: a qualidade da relação que será estabelecida entre ambos; a capacidade de o orientador colocar desafios ao aluno que sejam exequíveis, aumentando o seu grau de dificuldade à medida que o aluno adquira novas competências; o auxílio que lhe presta no sentido de o ajudar a ultrapassar os seus receios; a aptidão de servir de elo de ligação eficaz entre o aluno e os restantes membros da equipa, inserindo-o no contexto sócio-profissional. Muitos outros factores poderiam ser aqui referenciados como facilitadores do desenvolvimento do aluno, sendo que um dos mais importantes passará por estimular o pensamento crítico do aluno e a sua capacidade de reflexão.

O desenrolar do estágio num contexto estimulante irá induzir no aluno uma maior motivação para aprender, sentindo maior facilidade em adquirir novas competências e conhecimentos, em suma ocorrerá desenvolvimento humano.

## **2.4 - Como se formam os alunos em contexto clínico?**

O aluno em estágio depara-se com as expectativas e receios próprios de quem se aventura no desconhecido. Possui das aulas teóricas conhecimentos que lhe permitem perceber as práticas, mas o contacto com a realidade fora da segurança da sala de aula ou do laboratório de ensaios que são as aulas teórico-práticas, afigura-se quase sempre como uma experiência com contornos assustadores,

pois existe uma panóplia de factores que podem levar o aluno a perder o controlo da situação.

A par dos seus receios, o aluno depara-se com um panorama profissional para o qual não está preparado, que se caracteriza por ser um contexto de instabilidade, complexidade e conflito social que impera nas organizações de saúde.

E se dúvidas houvesse sobre a abrangência e complexidade dos conhecimentos que um profissional de saúde tem de possuir para o normal desempenho da sua profissão atente-se nas palavras de Sá-Chaves (2000: 91) sobre o saber dos profissionais de saúde: *“quando então, pensamos que os profissionais de saúde têm de saber tudo, pensamos bem. A competência é multidimensional e complexa para poder equivaler à própria complexidade das situações que constituem o normal exercício destas profissões”*.

O contexto de trabalho, pela sua complexidade e pela mobilização de competências múltiplas que exige, pressupõe a interacção de uma pessoa ou grupo e comporta, por isso, um potencial formativo (Silva e Silva, 2004), porém não é suficiente que a situação possua potencial formativo para que ocorra a assimilação de novas aprendizagens, pois como adverte Courtois (2002), é necessário que a interacção do aluno com a situação faça também sentido para ele.

O processo inicia-se pelo confronto com uma situação nova e redefinição dos objectivos operatórios; compreende motivação, orientação, integração e acção. A supervisão clínica interfere na aprendizagem na medida em que disponibiliza orientação e avaliação, mas também porque favorece os processos pessoais de controlo (Laranjeira, 2006).

Perante esta perspectiva os alunos em estágio carecem de orientação nesta teia complexa que caracteriza os contextos de saúde. De igual forma necessitam de um acompanhamento eficaz das suas práticas clínicas, para que estas se transformem em momentos significativos de aprendizagem e não em experiências negativas que possam originar consequências nefastas para os alunos que as experimentam. Os alunos têm necessidade de ter alguém que os oriente nas suas práticas, os ajude a elaborar objectivos de estágio exequíveis, aconselhando-os

sobre a melhor forma de os alcançar ao mesmo tempo que os auxilia a compreender os meandros da profissão, socializando-os com os contextos próprios da área da saúde. No decorrer do estágio o aluno libertar-se-á gradualmente da orientação do seu supervisor construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de emancipação (Laranjeira, 2006)

## **3 - FORMAÇÃO EM RADIOLOGIA**

O desenvolvimento de qualquer ramo do conhecimento tem na sua génese a qualidade da formação dos profissionais dessa área. A formação dos Técnicos de Radiologia soube reformular-se ao longo dos tempos de forma a acompanhar as exigências que a evolução tecnológica e social originaram. Assente numa matriz teórica sólida que integra contributos oriundos de várias áreas do conhecimento, a Radiologia assiste no presente ao desenvolvimento da vertente de investigação por parte dos seus profissionais que assim dão o seu contributo para o aumento do conhecimento científico nesta área.

### **3.1 - Resenha histórica**

A Radiologia é um ramo da ciência relativamente recente, pois a descoberta da radiação que lhe deu origem ocorreu apenas há cerca de 100 anos. Em virtude deste facto pode-se considerar que as profissões que lhe estão associadas na área da saúde têm um tempo de existência curto, quando comparadas com outras no mesmo espectro de profissões, como são exemplo a Medicina e a Enfermagem.

De acordo com Wicke (1990: X), foi no dia 8 de Novembro de 1895 que Wilhelm Konrad Röntgen, professor e Director do Instituto de Física da Universidade de Würzburg na Alemanha, descobriu um novo tipo de radiação que denominou por Radiação X. Esta descoberta foi desde logo considerada muito importante por vários ramos do conhecimento, sendo que na área da saúde atraiu de imediato a atenção da classe médica, reconhecendo-lhe potencial para impulsionar um grande avanço ao nível do diagnóstico. Pela primeira vez a medicina poderia ter ao seu dispor a capacidade de obter imagens do interior do corpo humano, através de um método não invasivo. Por esta descoberta e pelo potencial desenvolvimento que significava para a humanidade, Wilhelm Konrad Röntgen

foi galardoado com o Prémio Nobel da Física em 1901 (Jiménes-Reyes e Balbulian, 1994).

A primeira radiografia a uma estrutura do corpo humano foi realizada pelo próprio Röntgen à mão da sua esposa, em 22 de Dezembro de 1895, mas, de imediato o impacto criado pela descoberta da Radiação X potenciou o desenvolvimento de múltiplas experiências na área da Medicina, descobrindo-se rapidamente os efeitos biológicos que poderia provocar a quem ela se expunha. Com estas experiências tomou-se consciência que a Radiação X não apresentava só aspectos positivos, mas que ela própria encerrava vários perigos de manuseamento sobre os quais era urgente conhecer a amplitude, de forma a serem concebidas estratégias de protecção e segurança para os profissionais que a manipulavam e para os pacientes, bem como estabelecer limites de exposição. Foi o início do desenvolvimento da Protecção Radiológica.

Rapidamente a Radiologia proliferou pelo mundo inteiro. Portugal foi um dos países pioneiros na utilização da Radiação X como meio auxiliar de diagnóstico. Raposo et al (1995) relembram que no seu início a Radiologia em Portugal obteve os contributos de profissionais de áreas diversas, tais como, *“Físicos, Médicos ou estudantes de Medicina e Fotógrafos”*.

Em Portugal as primeiras radiografias são obtidas em Coimbra em 1896. O primeiro serviço de Radiologia surge em 1901 no Hospital Real de S. José, em Lisboa, seguindo-se o da Universidade de Coimbra em 1902 e do Hospital Geral de Santo António, no Porto, em 1908. Apesar de na época já serem conhecidos alguns dos efeitos nocivos da radiação e a necessidade de protecção de quem com ela trabalha, muitos destes pioneiros sofreram graves danos pessoais, resultantes da sua prolongada exposição à radiação.

Os primeiros equipamentos de Radiologia usados em medicina eram nas palavras de Raposo et al (1995) constituídos por uma tecnologia *“logicamente primitiva e exigia tempos de exposição muito longos”*. Era a época das experiências e descobertas sobre as potencialidades deste novo tipo de radiação electromagnética, pelo que os exames eram essencialmente realizados por Médicos que se dedicavam à investigação nesta nova área do conhecimento.

No entanto, com o desenvolvimento desta área científica as suas potencialidades foram aumentando, tornando-se cada vez mais diversificada e complexa. Os Médicos tiveram de recorrer a outros profissionais para operar com o equipamento, realizar os exames e processar as películas. Foi através deles que começou a germinar uma nova profissão que mais tarde e por força dos avanços técnico-científicos, veio a resultar nos actuais Técnicos de Radiologia.

Até 1938 a formação destes profissionais era essencialmente feita através de estágios mais ou menos prolongados nos serviços onde iriam desempenhar funções, sobre a supervisão dos Médicos Radiologistas. Não eram exigidas habilitações especiais para integrar a profissão.

Em 1938 surge o primeiro diploma legal, Decreto-Lei nº 28794, que regulamenta o acesso à profissão de Ajudante de Técnico de Radiologia, exigindo como condição de admissão o Curso Geral de Enfermagem. Entre 1938 e 1953, desenvolveram-se alguns cursos de carácter casuístico, destinados a profissionais que não possuíam o Curso Geral de Enfermagem. A avaliação dessas formações era validada através de um exame nacional a cargo do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. Aos seus possuidores era dado um título que lhes permitia ingressar nas categorias profissionais correspondentes aos quadros de pessoal dos serviços oficiais e particulares dependentes do Ministério da Saúde.

Em 1961, através da Portaria nº 18523 de 12 de Junho, são criados com o objectivo de colmatar as lacunas existentes no Serviço Nacional de Saúde, os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos do Ministério da Saúde e Assistência. Estes centros foram criados junto aos hospitais centrais. A partir desse momento passou a ser condição necessária para a inclusão na categoria profissional possuir este curso. Os planos de estudos eram estabelecidos pela Escola Nacional de Saúde Pública.

Desde o início que a formação dos Técnicos de Radiologia era construída, ministrada e/ou supervisionada por Médicos Radiologistas que organizavam os cursos de forma a preparar os profissionais para serem seus auxiliares. A sua formação era orientada em função das necessidades médicas, centrando-se em

estágios práticos sem a devida fundamentação teórica. Apesar da formação ter evoluído ao longo do tempo, fruto do aumento da complexidade da profissão e da necessidade de aprofundar os conhecimentos para uma maior eficiência, era sentida a falta de um enquadramento teórico que suportasse as suas práticas clínicas.

Neste período o modelo adoptado para a formação dos Técnicos de Radiologia assemelhar-se-ia muito ao cenário descrito por Alarcão e Tavares (2003: 17) como de ***Imitação Artesanal***, em que um futuro profissional aprendia através da imitação das acções dos profissionais mais experientes, sem um enquadramento teórico com suficiente amplitude que lhe permitisse ter uma consciência científica das suas acções. Era o “*praticar com o mestre, o modelo, o bom professor, o experiente, o prático, aquele que sabia como fazer e transmitia a sua arte ao neófito*”. Deste modo os candidatos a Técnicos de Radiologia aprendiam através da observação das actividades desenvolvidas por Técnicos experientes, os quais tentavam imitar, servindo-lhes de modelo profissional. No entanto as práticas não eram acompanhadas de um enquadramento teórico suficientemente desenvolvido de forma a que os Técnicos pudessem compreenderem de uma forma holística a origem, o alcance e as consequências das suas práticas. Belo (2003: 27) descreve uma situação análoga vivida na formação dos enfermeiros caracterizando o saber que dela resultava como “*um saber utilitário, subordinado aos saber e interesse médico, um modelo biomédico*”.

A profissão encontrava-se numa situação em que os campos científicos e de actuação profissional ainda não se encontravam definidos, sendo também o nível educacional dos candidatos a Técnicos de Radiologia muito baixo.

### **3.2 - Criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde: início da fase científica**

Com o crescente progresso da Radiologia e o avolumar e diversificar de funções por parte dos Técnicos de Radiologia, a formação até ai ministrada revelava-se

insuficiente e inadequada para o cabal cumprimento dos papéis que lhes eram solicitados.

Em igual circunstância se encontravam um conjunto de outras profissões da área da saúde que actuam quer ao nível do diagnóstico quer ao nível da terapêutica, caracterizadas por Canário (2005: 11) como “*não sendo Enfermeiros nem Médicos, são genericamente abrangidos pela designação de “Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica”*”, onde se inserem os Técnicos de Radiologia.

Com o desígnio de formar os sumariamente designados “Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica” das diferentes vertentes, são criados em 1980 os Centros de Formação dos Técnicos Auxiliares dos Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, dotados de sede própria, ficando sob a tutela do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde. Em 1982 estes Centros dão origem às Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde de Lisboa, Porto e Coimbra.

Os cursos ministrados nestas Escolas conferem um reforço da componente de formação teórica, substituindo a formação dispersa realizada até ao momento e que tinha por base as necessidades do próprio estabelecimento de saúde que a superintendia, organizando-a a partir de uma abordagem de cariz eminentemente prático. Com a criação das Escolas o curso de Radiologia reforça a sua componente teórica, passando a possuir um conteúdo científico definido, como base de sustentação das suas práticas.

A classe Técnica começa a assumir responsabilidades na sua própria formação, iniciando um processo de distanciamento em relação à classe médica, que não aconteceu de uma forma abrupta, mas através de um processo gradual. Paradoxalmente, ou talvez não, pois os Médicos são vistos tradicionalmente como a profissão mais relevante na área da saúde, as Tecnologias da Saúde elegeram o modelo organizativo e de formação da profissão médica como referência na construção dos seus próprios modelos. Exemplo disso é a valorização assumida da componente biomédica nos planos de estudo e programas de curso homologados pelo Ministério da Saúde em 1983, dando preferência aos docentes licenciados em Medicina.

Será lógico considerar que a criação das Escolas está na origem de uma nova fase na evolução dos Técnicos de Radiologia, que podemos apelidar pelas suas características de fase científica. Estavam assim criadas as condições necessárias para a evolução do ensino na área da Técnica Radiológica bem como do desenvolvimento da profissão enquanto tal e do estatuto profissional dos elementos que a integram.

Nas últimas décadas temos assistido a uma crescente preocupação mundial com as questões ligadas à saúde, fazendo-se uma associação directa entre o aumento da qualidade de vida das populações à existência de uma rede de cuidados de saúde eficiente que promova a prevenção da doença e a investigação de tratamentos cada vez mais eficazes. Assiste-se no entender de Canário (1997 referenciado por Abreu, 2001: 31) a um *“enriquecimento, diversificação e complexificação dos enquadramentos profissionais na área da saúde”*.

Neste contexto, as Tecnologias da Saúde e a Radiologia, em particular, têm-se caracterizado por um desenvolvimento contínuo. Dada a evolução científica e tecnológica, as Escolas sentiram a necessidade de articular de forma constante os seus planos curriculares com as novas realidades, o que pressupõe que as exigências de formação variaram ao longo do tempo, assistindo-se a uma gradual progressão quer das condições de acesso, quer dos graus e diplomas de saída.

No final do ano de 1993, através do Decreto-Lei n.º 415/93 de 23 de Dezembro, as Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde são integradas no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, como Escolas não integradas em Institutos Politécnicos, passando a designar-se por Escolas Superiores de Tecnologia da Saúde, ficando sob dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. A partir deste momento é criada a possibilidade dos cursos ministrados nestas Escolas conferirem o grau de Bacharel. Com a nomeação dos primeiros concelhos científicos as Escolas iniciam uma gestão científico-pedagógica.

A publicação da Lei n.º 115/97 de 19 de Setembro permite que o Ensino Politécnico passe a conferir o grau de Licenciado. Os cursos são então reformulados em Licenciaturas Bietápicas, organizadas em dois ciclos, conduzindo o primeiro ao grau de Bacharel e o segundo ao de Licenciado. Esse é

o modelo adoptado desde o ano lectivo de 1999/2000, perspectivando-se para breve uma nova remodelação de forma a adaptá-lo ao novo paradigma introduzido pelo processo de Bolonha. O modelo a adoptar ainda não está definido encontrando-se o processo em fase de discussão e reflexão sobre o caminho a seguir.

### **3.3 - O curso de Radiologia: trajectos de formação**

Actualmente o Curso de Radiologia é uma Licenciatura Bietápica, constituída por dois ciclos. O primeiro com a duração de três anos lectivos confere o grau de Bacharel e permite o exercício da profissão, o segundo de duração de um ano lectivo, confere o grau de Licenciado.

O curso é composto por aulas teóricas, teórico-práticas e estágios. Os seus planos curriculares integram disciplinas gerais na área da saúde como, Anatomia, Fisiologia, Patologia, Terapêutica Geral e Cuidados de Saúde. Existem disciplinas especificamente relacionadas com a área da Radiologia, tais como, Técnicas Radiológicas, Física das Radiações, Anatomia Radiológica, Equipamentos em Radiologia, Processamento Radiofotográfico, Protecção e Segurança Radiológica. São também incluídas disciplinas oriundas da área das Ciências Sociais e Humanas, como a Psicossociologia, disciplinas ligadas à actuação ética e deontológica e ainda disciplinas complementares, tais como, Sistemas de Informação, Estatística ou Gestão.

Esta matriz teórica pretende dotar o futuro Técnico de Radiologia de um quadro conceptual, que lhe permita ter uma visão holística da sua profissão. Por um lado os Técnicos de Radiologia não actuam de uma forma isolada mas estão inseridos em contextos complexos que caracterizam as Instituições de Saúde. Por outro lidam com seres humanos, cada um deles com características individuais muito próprias, com quadros clínicos por vezes delicados que é necessário compreender na sua amplitude, por quem tem de intervir junto deles.

A matriz teórica pretende ainda dotar os futuros profissionais de competências que lhes permitam desempenhar de forma eficiente e eficaz os papéis que lhes estão reservados, sendo capazes de resolver os problemas com os quais são confrontados no seu dia-a-dia profissional. Os estágios clínicos terão a missão de aprofundar e consolidar a aquisição dessas mesmas competências.

A abrangência do plano curricular reflecte ainda a amplitude das actividades em que os Técnicos de Radiologia se vêem envolvidos. Para além de actividades ao nível da prevenção, diagnóstico e terapêutica, desenvolvem ainda acções nas áreas da investigação e do ensino, podendo assumir funções ao nível da administração ou gestão das Escolas ou Serviços. O curso de base deverá munir os futuros Técnicos de conhecimentos e competências gerais em todos esses domínios, sendo no entanto necessário realizar cursos de pós graduação em algumas áreas, para aquisição de competências complementares para o desempenho dessas funções.

De uma forma sintética podemos afirmar que a matriz teórica do Curso de Radiologia, à semelhança dos restantes cursos da área das Tecnologias da Saúde, pretende contribuir decisiva e positivamente para a legitimação da Técnica Radiológica enquanto profissão e disciplina científica.

### ***Os alunos***

Ao longo da sua história a formação dos Técnicos de Radiologia sofreu profundas alterações, tornando-se gradualmente mais exigente de forma a acompanhar a contínua evolução verificada na área, de modo a dotar os futuros profissionais do perfil de competências necessárias para o desempenho das suas funções. A par desta evolução na formação, verificou-se uma situação análoga na concepção do aluno do Curso de Radiologia.

Começaram por ser alunos com habilitações académicas muito baixas, os primeiros praticantes desta profissão. Só em 1938 surge o primeiro diploma a regulamentar o acesso à profissão de ajudante de Técnico de Radiologia e que exigia como condição para a admissão o Curso Geral de Enfermagem. Belo (2003: 35) citando Soares (1997) caracteriza os candidatos ao Curso Geral de

Enfermagem dessa época como pertencendo a classes como: “*dactilógrafos, caixeiros e caixeiras, empregados da câmara municipal, alfaiates, vendedores ambulantes*”. A mesma autora refere ainda que “*quanto às habilitações literárias só a partir de 1918 passou a ser o exame de instrução primária e depois de 1947 generalizou-se o exame de admissão aos cursos*”. Uma vez que os candidatos a Técnicos de Radiologia teriam de possuir o Curso Geral de Enfermagem, esta descrição serve de igual forma para caracterizar os seus alunos na época em questão.

Em 1961 com a criação dos Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos do Ministério da Saúde e Assistência, deixou de ser necessário possuir o Curso Geral de Enfermagem. No entanto as habilitações literárias exigidas eram ainda muito baixas.

Com a criação das Escolas Técnicas dos Serviços de Saúde, estabeleceu-se como condições de acesso possuir o nono ano de escolaridade, passando o curso a ter uma duração mínima de cinco semestres, mas rapidamente a admissão dos candidatos se tornou mais exigente ficando a par dos requisitos para o ingresso no Ensino Superior.

Actualmente os candidatos ao Curso de Radiologia regem-se pelas regras de acesso ao Ensino Superior.

Fazendo uma analogia com o aluno do Curso de Enfermagem, podemos definir o aluno actual do Curso de Radiologia pelas palavras de Schmidt (1993, citado por Carvalho, 2003: 37) como “*um ser humano inteiro, com passado e um presente que lhe são próprios, bem como com a possibilidade de projectar-se futuramente em termos pessoais e profissionais*”. Partilhamos da ideia expressa por Carvalho (2003: 38) que socorrendo-se dos estudos de Barnard e Dunn (1994) caracteriza o estudante como alguém que é “*auto-dirigido, auto-motivado construindo a nova aprendizagem sobre a experiência passada, sendo capaz de definir metas pessoais e alcançar o seu máximo potencial se lhe forem dadas oportunidades adequadas*”.

Ao longo da sua história a educação clínica assumiu desde sempre um papel crucial na formação dos alunos do curso de Radiologia. Os Estágios Clínicos

constituem-se como espaços de aprendizagem onde o aluno tem a oportunidade de “viver” em contexto real, um conjunto de situações com que se irá deparar no seu exercício profissional. O facto de o fazerem sob a orientação de um profissional experiente e competente ajudá-los-á a transformar as experiências vividas em momentos significativos de aprendizagem. Com ele os alunos terão a oportunidade de reflectir sobre as actividades desenvolvidas e os contextos sociais inerentes ao local de estágio, permitindo-lhes adquirir competências imprescindíveis para enfrentar com sucesso a sua vida profissional. É ainda durante os estágios clínicos que os alunos têm a oportunidade de adquirirem uma visão profissional integrada da teoria com a prática clínica. O modelo de acompanhamento dos alunos em estágio terá uma importância decisiva no desenvolvimento do aluno, pelo que deve constituir matéria de reflexão por parte das Escolas e das Instituições de saúde envolvidas. Um acompanhamento inadequado dos alunos em estágio poderá por em causa os objectivos globais do próprio curso.

## 4 - ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO

A supervisão dos estágios na formação profissionalizante tem ocupado o interesse e a atenção de vários investigadores ao longo dos últimos anos. Cientes da sua importância para a formação de profissionais competentes, responsáveis e dotados de pensamento crítico, são vários os estudos que procuram compreender o âmbito, alcance e estratégias que melhor se adequem aos vários cenários supervisivos.

Os contextos de saúde não são homogêneos. Pelo contrário, cada unidade de saúde é única, com características e cultura organizacional específicas. As estratégias supervisivas devem reflectir a especificidade de cada unidade de cuidados, não sendo possível adoptar um modelo único de supervisão. No entanto é possível identificar um conjunto de pressupostos comuns que devem servir de orientação para o desenvolvimento de estratégias supervisivas no âmbito da saúde.

Proctor (1991) defende que as estratégias supervisivas devem compreender três funções principais: normativa, formativa e restaurativa. A função normativa refere-se a um conjunto de iniciativas com o intuito de implementar standards de actuação, de forma a promover a qualidade dos cuidados prestados ao doente bem como a prevenção dos riscos. A função formativa relaciona-se com o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais. A função restaurativa visa fornecer suporte emocional adequado para que o supervisionado se adapte ao conjunto de situações geradoras de stress, oriundas dos diversos contextos envolventes. Nicklin (1997) desenvolveu um modelo centrado na prática a partir dos pressupostos enunciados por Proctor. Este autor defende que ao manter o equilíbrio entre as várias funções, a eficácia aumenta. O seu modelo apresenta um conjunto de seis etapas que corresponderá a um ciclo de supervisão, sendo elas: objectivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação.

A relação assume-se como um factor chave no planeamento e desenvolvimento de estratégias supervisivas na área da saúde. Quando o supervisor e o

supervisado colidem, predomina o conflito e surgem questões paralelas ao processo (Leddick, 1994). Hawkins e Shohet (1989) delinearum um modelo que presta uma atenção significativa ao processo de relação, no qual identificaram quatro componentes principais: supervisor, supervisado, utente e contexto. Os autores consideram presentes duas dimensões no processo supervisoivo: dimensão terapêutica que envolve o supervisado e o doente e dimensão supervisiva que envolve o supervisor e o supervisado. Ambas as dimensões implicam o exercício de competências de ordem relacional e didáctica, bem como a partilha de objectivos e estratégias de intervenção. Também Heron (1990) desenvolveu uma abordagem conceptual com o objectivo de melhor compreender as relações interpessoais, em particular as realizadas em contexto de ajuda, ou seja, as relações que envolvem um profissional e um utente. Abreu (2007) revela que tendo como enquadramento teórico a abordagem conceptual de Heron, vários autores desenvolveram modelos orientados para a supervisão clínica dos quais são exemplos: Johns e Butcher (1993), Chambers e Long (1995); Fowler (1996), Cutcliffe e Epling (1997) e Driscoll (2000).

A reflexão constitui-se como uma dimensão estruturante nas estratégias supervisivas. Cada vez mais se evoca a necessidade de formar profissionais reflexivos, capazes de compreender o seu exercício profissional, não como uma acção isolada, mas englobada numa cadeia que mobiliza diversos meios e saberes e implica diferentes actores. Johns (2000) desenvolveu um modelo reflexivo de supervisão profissional. De acordo com Abreu (2007: 191) este modelo *“descreve a prática reflexiva como um modelo cognitivo de resolução de problemas, que interroga a visão imediata da prática e a reflexão sobre a realidade, traduzindo-se por uma forma de reflexão holística que permite desenvolver o conhecimento adquirido”*. Johns (2000) refere que o profissional perante a experiência deve questionar-se sobre o que ela significa para ele e tentar contextualizá-la de acordo com os conceitos teóricos apreendidos, sendo que a teoria, na perspectiva reflexiva, só tem valor se contextualizada.

Fowler (1996) referindo-se aos modelos de supervisão desenvolvidos para a Enfermagem, identifica as dimensões que um modelo de supervisão clínica deve contemplar. Defende que este consiste num enquadramento conceptual que deve

auxiliar a supervisão clínica e conter referenciais operatórios. Devem estar identificadas as etapas do processo, as funções mais relevantes atribuídas a cada uma delas, os papéis a desempenhar por supervisor e supervisados e os focos de atenção.

#### **4.1 - Supervisão: conceito e alcance**

O termo supervisão encerra convencionalmente uma conotação negativa. Ao ouvi-lo as pessoas associam-no quase sempre a acções de controlo, inspecção ou avaliação. Sá-Chaves (2000: 126) consciente desta situação refere que ao procurar o significado de supervisão num dicionário de língua portuguesa, ele remete o seu conceito para o *“acto ou efeito de dirigir, de orientar, de inspeccionar”*.

De igual forma o supervisor é visto como alguém que goza de um estatuto de superioridade, tendo como principal objectivo a fiscalização e a avaliação de quem está a ser supervisionado.

No entanto o conceito de supervisão no contexto de formação está bem longe do paradigma tradicional. Alarcão e Tavares (2003:16), investigadores pioneiros em Portugal na área da supervisão relacionada com a formação de professores, apresentam uma definição de supervisão com a qual nos identificamos, enquadrando-se no conceito que serve de fundamento teórico para a realização deste trabalho. Para estes dois autores a supervisão é entendida *“como o processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional”*.

Apesar de esta definição ter sido redigida no âmbito da formação de professores, faz, quanto a nós, todo o sentido aplicá-la no âmbito da formação dos profissionais de saúde e mais concretamente na formação dos Técnicos de Radiologia, podendo ser ainda extensível à formação de profissionais de outras áreas científicas. Cometendo a liberdade de substituir a palavra professor pelo vocábulo profissional na já referida definição, a supervisão é para nós o processo

em que um *profissional* em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro *profissional* ou candidato a *profissional* no seu desenvolvimento humano e profissional.

Para Vieira (1993: 28) a supervisão no âmbito da formação de professores consiste numa “*actuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação*”.

A visão de supervisão enunciada por estes autores remete-nos para uma perspectiva de orientação e de relação de partilha entre o supervisor e supervinado, ao contrário da óptica de controlo, fiscalização e ascendente do supervisor sobre o supervinado de que o conceito tradicional de supervisão se encontra impregnado.

Associando estas concepções à formação inicial dos Técnicos de Radiologia pode-se considerar que a supervisão constituirá um processo de orientação exercida por parte de um Técnico de Radiologia experiente e com reconhecida competência (supervisor) das práticas desenvolvidas por um aluno do curso de Radiologia (supervinado), visando o seu desenvolvimento não só profissional mas também pessoal.

O supervisor será aquele que treina as capacidades e aptidões do supervinado, fomentando o seu desenvolvimento e acompanhando o seu progresso, delineando estratégias individuais que melhor se adequem a cada um dos alunos que orienta (Amaral e Moreira e Ribeiro, 1996). Utiliza e incrementa sobretudo a reflexão crítica sobre as práticas desenvolvidas pelo supervinado e a experimentação conjunta. O objectivo será a maximização das capacidades do futuro profissional quer como pessoa quer como profissional, levando a um processo gradual de autonomia do supervinado.

Sendo o objectivo principal da supervisão o desenvolvimento holístico do supervinado, esta não deve cessar quando o aluno termina o seu curso de formação inicial, pois tal como referem Amaral e Moreira e Ribeiro (1996: 92) “*não é lógico nem natural que estabilize ou estagne no inicio da carreira*”. Nesse sentido existem diversos modelos de supervisão que se adequam às mais variadas áreas de actividade, com o objectivo de ajudar os profissionais em

exercício a melhorarem de forma contínua as suas práticas e a desenvolverem-se enquanto seres humanos.

Os benefícios da supervisão não são exclusivos do supervisionado, também o supervisor colhe frutos do processo supervisivo, pois igualmente ele aprende com o supervisionado, que sendo diferente de todos os outros, o obriga a reformular estratégias, a ter uma nova perspectiva das situações e a reconstruir conceitos teóricos adquiridos. Deste modo o supervisor também se desenvolve *“pois a supervisão pode constituir-se como uma dupla mediação entre o conhecimento e o formando, num processo facilitador do desenvolvimento dos participantes através da reconstrução continuada dos saberes pessoais e profissionais”* (Sá-Chaves, 2000: 193).

Este modelo de supervisão exige uma abordagem diferente por parte dos seus intervenientes, pois tal como é referido por Alarcão e Tavares (2003: 45) *“a supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospectiva baseada num pensamento estratégico”*.

Na mesma linha de pensamento Sá-Chaves (2000: 127) complementa que *“a supervisão e a atitude supervisiva pressupõem 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, à pessoa e ao seu próprio devir”*.

A relação supervisiva e a dinâmica criada no seio da díade supervisor-supervisionado constituem-se como a chave do êxito do processo supervisivo. O sucesso do processo supervisivo é directamente proporcional à qualidade da relação que se estabelece entre supervisor e supervisionado. A esse propósito Alarcão e Tavares (2003: 71) referem que *“as situações de supervisão se devem caracterizar por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de*

*um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”.*

O supervisor terá de possuir determinadas características que permitam o desenvolvimento da relação supervisiva. A esse propósito convém reter as palavras de Sá-Chaves (2000: 88) quando refere que “*nos processos formativos e seja qual for a profissão a dimensão pedagógica é indissociável dos processos de formação*”. Consequentemente, o supervisor para além de ser um profissional de envergadura reconhecida pelos seus pares, terá de possuir competências pedagógicas e humanas compatíveis com a elevada exigência que as funções de supervisor exigem.

Blumberguer, (1976, citado por Alarcão e Tavares, 2003) num estudo realizado na década de 70, definia como “*supervisor ideal*” alguém com espírito aberto, de contacto fácil, humano e flexível, detentor de múltiplos recursos que poria à disposição dos supervisados, a quem daria um papel activo na resolução de problemas. Alarcão e Tavares (2003) concluem que a noção de supervisor ideal avançada por Blumberguer nessa data longínqua se encontra muito próxima da definição actual de supervisor.

Mosher e Purpel (1972, citados por Alarcão e Tavares, 2003: 73) identificam seis áreas de características que o supervisor deve manifestar:

- ✓ Sensibilidade para se aperceber dos problemas e das suas causas;
- ✓ Capacidade para analisar, dissecar e conceptualizar os problemas e hierarquizar as causas que lhe deram origem;
- ✓ Capacidade para estabelecer uma comunicação eficaz a fim de perceber as opiniões e os sentimentos dos supervisados e exprimir as suas próprias opiniões e sentimentos;
- ✓ Competência teórica e prática profissional;
- ✓ Competências de relacionamento interpessoal;
- ✓ Responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da educação, (ou dos cuidados de saúde no caso dos Técnicos de Radiologia).

## 4.2 - Supervisão clínica em saúde

Um dos cenários supervisivos descritos por Alarcão e Tavares (2003) no âmbito da formação de professores é designado por cenário clínico. Este é inspirado no modelo clínico de formação dos médicos em que a componente prática do curso é realizada nos hospitais e em que o supervisor adopta uma atitude de atenção e apoio às necessidades do formando, sugerindo uma forte colaboração entre supervisor e supervisionado.

Fonte inspiradora para a teorização de um cenário supervisivo no âmbito da formação de professores, os estágios e a supervisão dos estágios realizados na área da saúde contêm algumas particularidades que a diferenciam das outras formas de supervisão.

A supervisão clínica de um modo genérico, refere-se ao acompanhamento das práticas de um profissional ou pré-profissional, por outro profissional mais experiente, ou como a define Abreu (2003), “*é um processo de acompanhamento de competências clínicas dos alunos e do exercício dos profissionais*”.

Consequentemente, a supervisão clínica consiste numa estratégia de acompanhamento das práticas clínicas não só no âmbito da formação inicial, mas também no contexto profissional. A esse propósito, Abreu (2002) refere que a supervisão clínica se constitui como estratégia de suporte para organizações de saúde, dinâmicas de formação, funcionamento de equipas, maturação pessoal e desenvolvimento profissional.

Tait (1994) concebe a supervisão clínica como um mecanismo para preservar standards de qualidade e segurança dos cuidados, proporcionando a melhoria contínua da qualidade.

Bond e Holland (1998) referem que a supervisão clínica tem como objectivo proporcionar ao supervisionado a aquisição e desenvolvimento de competências que lhe permitam realizar práticas de qualidade, através de um suporte adequado.

Wright (1989) considera a reflexão o principal suporte para a supervisão. A ênfase na supervisão clínica tem efeitos educativos, normativos e restaurativos.

Butterworth e Faugier (1992) definem a supervisão clínica como um intercâmbio entre profissionais com o objectivo de desenvolverem competências profissionais. Os autores indicam que na supervisão clínica podem ser usadas um conjunto de estratégias tais como: preceptorship, mentorship, supervisão da qualidade das práticas e revisão de pares.

Abreu e Calvário (2005), num estudo efectuado no âmbito da formação em Enfermagem, realçam que a educação clínica representa um importante processo ecológico, contribuindo decisivamente para a construção de uma identidade profissional por parte dos alunos, auxiliando-os a melhor compreenderem a intervenção e saberes próprios da Enfermagem.

Abreu (2003), no âmbito da profissão de Enfermagem, socorre-se de vários investigadores para caracterizar o conceito de supervisão clínica. Segundo este autor, Peplau identificava o acompanhamento das práticas como um processo onde convergiam diversas complexidades: o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, em paralelo com a inteligência emocional, preocupações éticas e pensamento relacional. Neuman refere que o acompanhamento das práticas clínicas em Enfermagem se constitui como um processo que permite avaliar a consecução dos objectivos e a necessidade de reformulação, tendo em vista os diagnósticos de Enfermagem, os resultados pretendidos e a validação do próprio processo de Enfermagem. Ainda segundo Abreu (2003), para o investigador Imogene King o acompanhamento das práticas clínicas pressupõe uma dinâmica de supervisão, a qual permite uma avaliação sobre o tipo de informação considerada para a tomada de decisão, sobre as alternativas colocadas e sobre os conhecimentos que possuem para considerar essas alternativas, enquanto que para Rogers permitiria explorar novas atitudes assistenciais virtualmente inexploradas. Abreu (2003: 16) conclui que apesar destas abordagens diferirem de autor para autor, todas elas evidenciam a *“articulação entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional”*.

Brown (1980, referenciado por Steves, 2005) identifica três estádios de aprendizagem dos alunos em estágio. Numa primeira fase os alunos preocupam-se em adquirir competências técnicas inerentes à profissão. Dominando os aspectos técnicos os alunos começam a preocupar-se com o agir profissional. Observam os profissionais no desempenho das suas funções servindo-se deles como modelo, ao mesmo tempo que desenvolvem valores e atitudes inerentes à profissão. Numa última etapa os alunos adquirem maior autonomia, participando activamente no planeamento das actividades do estágio, seleccionando aquelas que no seu entender tragam maiores benefícios e melhor se adequem ao seu processo de aprendizagem.

A formação inicial dos Técnicos de Radiologia, a par da formação efectuada na maioria das profissões ligadas ao domínio da saúde, contempla uma forte componente de estágios clínicos realizados em contexto de trabalho, efectuados em instituições de cuidados de saúde. Sendo profissões que lidam com a vida, a morte e a saúde das pessoas, é necessário que a sua formação seja constituída por uma sólida e exigente componente teórica e que em paralelo, seja dada oportunidade aos futuros profissionais de colocarem em prática, sob a supervisão de profissionais experientes e no meio ecológico apropriado, os conhecimentos teóricos apreendidos, ao mesmo tempo que vão adquirindo novos conhecimentos e competências, que advêm da prática, constituindo-se os ensinamentos clínicos como uma *“dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde”* (Abreu 2003: 12).

A primeira dúvida que se coloca é se o termo clínico se pode aplicar às actividades desenvolvidas pelos Técnicos de Radiologia. Abreu (2003: 12) desfaz a incerteza ao afirmar que *“desenvolvem actividades clínicas os profissionais de saúde que se “debruçam” (cuidam, tratam, curam) sobre os doentes, orientando, ajudando ou mesmo substituindo-os no desenvolvimento das suas actividades de vida. Neste sentido os médicos, os enfermeiros, os técnicos de saúde (fisioterapia, radiologia, análises clínicas, ...) desenvolvem actividades clínicas”*. De igual modo, o Decreto-Lei nº 564/99 de 21 de Dezembro diz claramente que os Técnicos de Radiologia têm a responsabilidade clínica sobre os exames que executam.

Desfeita a dúvida importa caracterizar os ensinamentos clínicos, ou educação clínica nome pela qual é designada a formação em estágio no curso de Radiologia, para melhor compreensão da sua importância na formação dos profissionais de saúde. Para Abreu (2003: 9) os ensinamentos clínicos constituem-se como *“um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais”*. Carvalhal (2003: XV) acrescenta que o interesse dos ensinamentos clínicos advém ainda *“pelos contactos que proporciona com a realidade, que permitem uma crítica reflexiva, estimulam uma reflexão pessoal e o desenvolvimento de certas competências essenciais para o futuro de uma profissão”*. Belo (2003: 38), por seu turno afirma que *“permitem o alargamento do domínio do saber nas dimensões científicas, técnicas, de desenvolvimento pessoal e interpessoal, incluindo estas últimas a dimensão psico-afectiva”*.

### **4.3 - Formação em parceria**

A responsabilidade da formação dos alunos em estágio é partilhada entre a Escola e os estabelecimentos de cuidados de saúde. Mediante os objectivos fixados para o estágio pela Escola, cabe a ambos e em conjunto definirem as estratégias que melhor se adaptem às características e meios de cada local de estágio.

A esse propósito Abreu (2003: 50) referindo-se ao caso específico dos enfermeiros afirma que *“a colaboração entre as instituições de ensino e as de prestação de cuidados é um processo estruturante da formação dos enfermeiros”*. O mesmo autor adverte que apesar de ser reconhecida a importância desta parceria, ela ainda é pouco consistente. O mesmo se passa com o curso de Radiologia.

No curso de Radiologia em paralelo com o professor da escola responsável pela disciplina de Educação Clínica existem os monitores de estágio pertencentes ao quadro de profissionais da instituição de cuidados de saúde, que têm como missão supervisionar no “terreno” as práticas dos alunos em estágio. Cada um

destes actores contribui com os saberes e competências que melhor dominam, tornando a formação dos alunos mais completa, coerente e consistente.

Segundo Abreu (2003) os docentes constituem-se como um instrumento de apoio aos orientadores de estágio, tendo a responsabilidade global dos estágios e de avaliar os progressos de aprendizagem dos alunos, bem como a qualidade dos processos de aprendizagem implementados pelos orientadores de estágio. Estes, por seu turno, deverão servir de modelo para os alunos, tendo a incumbência de lhes proporcionar experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação, constituindo-se ainda como facilitadores da socialização dos alunos com os contextos da profissão.

Na mesma linha Carvalhal (2003) vê o docente como um orientador e facilitador de aprendizagem. Para esta autora o orientador de estágio é entendido como um facilitador da integração dos alunos no serviço e um orientador da sua aprendizagem.

Cada vez mais o orientador de estágio funciona como um facilitador de aprendizagem através da transmissão de informações teóricas complementares aos alunos, que delas necessitam para melhor compreender as práticas que realizam.

Abreu (2003: 58) reconhece que os docentes responsáveis pelo acompanhamento das práticas clínicas e os orientadores de estágios se confrontam com quatro responsabilidades centrais:

- ✓ Necessidade de estabelecer uma ponte entre o ensino teórico e o contexto clínico;
- ✓ Constituir-se como suporte do formando auxiliando-o na construção dos saberes processuais, que dependem em grande medida do seu próprio percurso de vida;
- ✓ Mediar a definição de “profissionalidade” do aluno, que envolve as dimensões personalidade, auto-estima, fenómenos de identificação, segurança e estabilidade emocional;
- ✓ Responsabilidade na avaliação dos alunos no contexto das práticas clínicas.

Ainda no âmbito da formação em parceria deveria ser função das Escolas dotar os profissionais da instituição de saúde que orientam os estágios dos seus alunos das competências pedagógicas fundamentais para o exercício dessa actividade. No entanto as Escolas nem sempre têm atribuído a importância devida aos estágios clínicos, centrando a sua atenção em outras questões, como as que são exemplificadas por Abreu (2003: 50) quando afirma que *“as questões organizacionais e a formação teórica centralizam os investimentos dos docentes.”* Também Clifford (1996) num estudo que realizou com docentes de quatro Escolas de Enfermagem Inglesas, considera que as responsabilidades dos docentes na área clínica são secundarizadas quando comparados com outras actividades.

A aquisição e actualização de competências no domínio técnico-científico devem ser responsabilidade do próprio monitor e da instituição de saúde onde exerce funções. Estas competências são adquiridas pelos Técnicos de Radiologia, além da aprendizagem informal pela experiência, através do curso de formação inicial, dos cursos de pós-graduação e das acções de formação realizadas ao longo do tempo de profissão, pois como defende Zeichner (1993, cit. por Carvalhal, 2003: 4) referindo-se ao alcance dos cursos de formação inicial: *“o processo de aprendizagem prolonga-se por toda a carreira profissional independentemente do que fazemos na formação inicial, no melhor dos casos só podemos preparar o estudante para iniciar a profissão”*.

A gestão da formação técnico-científica cabe ao próprio profissional, visando manter-se a par das evoluções que a sua área vai sofrendo de modo a desempenhar a sua actividade com qualidade e mestria.

A Escola tem todo o interesse em propiciar aos seus alunos estágios clínicos de qualidade, pois só assim será capaz de formar profissionais competentes, preparados para enfrentar os desafios profissionais quando terminarem o seu curso, contribuindo assim para o prestígio da Escola. Mas as instituições de saúde que acolhem os alunos em estágio e dão relevância a essa condição, proporcionando os recursos necessários e implementando estratégias de supervisão, também colhem benefícios. Um estudo realizado por Kaviani e Stillwell (2000) aponta para uma melhoria de desempenho dos profissionais

envolvidos na supervisão dos alunos em estágio, pois esta actividade implica o desenvolvimento do pensamento crítico e de práticas reflexivas, formação contínua, implementação de novos instrumentos e partilha de dinâmicas de avaliação. O desenvolvimento destas competências será bastante útil no desempenho das diferentes actividades que o profissional desenvolve no seio da instituição, melhorando a qualidade do seu desempenho profissional, contribuindo para o progresso da instituição.

De acordo com Campbell *et al* a parceria entre as Escolas e as instituições de saúde teria um carácter mais amplo que a simples partilha de responsabilidade na formação de novos profissionais, assumiria um carácter estrutural em vários domínios: racionalizar as formas de recrutamento de profissionais, em que as instituições comunicam às escolas o perfil de competências que desejam ver desenvolvidas nos novos profissionais e as Escolas teriam a missão de formarem profissionais com essas competências desenvolvidas; promover políticas e práticas de formação contínua planeadas em colaboração; contribuir para um desenvolvimento profissional consistente, extensivo aos alunos, aos profissionais dos cuidados de saúde e aos docentes; apoiar as actividades de investigação com a criação de um ambiente propício a acções colaborativas no domínio da investigação.

#### **4.4 – Figura e papel do mentor**

A aprendizagem em contextos clínicos constitui um dos pilares da formação inicial dos cursos ligados à saúde. O curso de Radiologia não foge à regra, ocupando estes espaços de aprendizagem uma importante fatia da carga horária do referido curso.

O objectivo geral dos estágios clínicos é proporcionar aos alunos uma oportunidade para desenvolverem as suas competências clínicas, permitindo-lhes integrar a teoria com a prática profissional ao mesmo tempo que iniciam a sua socialização com os contextos ligados à profissão (McBrien, 2006).

Num estudo realizado por Parker (1996, referenciado por McBrien, 2006) a alunos finalistas do curso de formação inicial de Enfermagem sobre as suas percepções acerca do curso, revelou que 90% dos alunos preferiam os espaços de aprendizagem realizados em contexto clínico, pois sentiam que a aprendizagem só é verdadeiramente consolidada quando existe uma combinação integrada entre a teoria e a prática.

A importância atribuída quer através dos currículos dos cursos quer pelos próprios alunos que reconhecem na aprendizagem efectuada em contexto clínico um papel central na sua formação, leva-nos a concluir que a qualidade da aprendizagem em ambiente clínico exerce uma influência decisiva sobre o processo global de aprendizagem do aluno. Como tal é necessário ponderar com cuidado as estratégias de acompanhamento dos alunos em estágio.

Butterworth e Faugier (1992) identificam na supervisão das práticas clínicas um conjunto de estratégias de que são exemplos a supervisão clínica, experiências de mentorship, experiências de preceptorship e a revisão de pares.

A utilização do mentor, nome que é atribuído ao supervisor nas experiências de Mentorship, é uma das estratégias mais utilizadas no acompanhamento dos alunos em estágio. O conceito de mentorship está de acordo com Abreu e Calvário (2005) amplamente documentado na literatura. Mentor, na Odisseia de Homero, era o nome do amigo de Odisseus (ou Ulisses na versão latina) rei de Itaca que apoiava o filho Telémaco durante as ausências do pai. Mentor tinha como missão preparar Telémaco para os desafios da vida bem como para o seu futuro papel de rei, enquanto Odisseus lutava na guerra de Tróia (Bell, 1996).

De acordo com o modelo humanista clássico (Rogers, 1967; Parse, 1998) mentor é aquele que oferece conhecimento, reflexão, perspectiva ou saber particularmente útil a outra pessoa, criando e promovendo um ambiente que facilite o auto-desenvolvimento e a auto-reflexão do seu protegido (Kullman, 1998). No contexto de formação clínica o mentor será o profissional experiente que se responsabiliza pela aprendizagem do formando (Abreu, 2003).

Segundo a Society of Radiographers (2003), associação que representa cerca de 90% dos Técnicos de Radiologia do Reino Unido, a filosofia que está subjacente

ao conceito de mentorship consiste em dinamizar o potencial humano dos profissionais encorajando-os ao auto-desenvolvimento.

May et al (1982, referenciada em Abreu, 2007) definem mentorship como uma relação caracterizada por um elevado grau de envolvimento, entre um profissional inexperiente e um profissional mais experiente.

Na mesma linha de pensamento Szumlas (1999) considera o mentorship como um relacionamento entre duas pessoas em que o mais competente e experiente ensina o menos instruído.

Por seu turno Anderson e Shanno (1988) definem mentorship como um processo educativo em que um profissional mais competente, ou com maior experiência, se constitui como modelo, professor, padrinho, suporte, conselheiro e companheiro de um profissional menos experiente com o intuito de promover o seu desenvolvimento profissional.

No âmbito da formação em Enfermagem a English National Board (1988) considera o mentor como um profissional qualificado e experiente que através do exemplo e da facilitação, guia, assiste e suporta os alunos na aprendizagem de novas competências, adopção de novos comportamentos e aquisição de novas atitudes (Cahill, 1996).

O principal papel do mentor não residirá apenas na transmissão de conhecimentos, mas consistirá também em identificar recursos que permitam aos alunos adquirirem experiências clínicas relevantes, fornecendo-lhes ao longo do processo feedback formativo (Woodrow, 1994). Os mentores constituem-se assim como facilitadores da aprendizagem (Gray e Smith, 2000). Nessa medida os desafios colocados pelo mentor ao aluno promovem e encorajam os avanços na aprendizagem deste (Yoder, 1990). Quer na aquisição de competências técnicas quer no desenvolvimento de valores e atitudes profissionais (Steves, 2005).

Daloz (1986, referenciado por Cameron-Jones e O'hara, 1999) considera os elementos: desafio e suporte, cruciais para o sucesso do processo supervisivo. O mentor para estimular a aprendizagem do aluno deve-lhe colocar desafios. No entanto esses desafios devem ser exequíveis pelo aluno, sendo acompanhados de perto pelo mentor que lhe irá fornecendo feedback sobre o seu desempenho

ao longo do processo. O grau de dificuldade dos desafios deve ir aumentando progressivamente, acompanhando a aquisição de novas competências que o aluno adquire no decorrer do estágio. Segundo o autor a qualidade da aprendizagem do aluno dependerá da combinação usada pelo mentor destes dois factores. Assim se os desafios colocados pelo mentor forem de elevado grau de dificuldade e este oferecer um fraco suporte, poder-se-á assistir a uma regressão na aprendizagem por parte do aluno. Se pelo contrário ao colocar desafios exigentes o mentor oferecer um suporte elevado, então a probabilidade é de o aluno crescer na sua aprendizagem. Se a componente suporte for elevada e os desafios de baixo grau de dificuldade, assistiremos a uma confirmação de conhecimentos sem grande crescimento. Se as duas componentes forem fracas estaremos muito provavelmente perante uma estagnação da aprendizagem. Idealmente espera-se que o mentor consiga colocar desafios cada vez mais exigentes aos alunos ao longo do estágio, ao mesmo tempo que lhe oferece um nível de suporte consentâneo com as suas dificuldades, pois só assim, de acordo com o autor, os alunos progredirão na sua aprendizagem.

O conceito de mentorship não traduz um relacionamento casual mas sim uma relação de ajuda profissional com investimento emocional de ambos os actores (Holloran, 1989), em que o aluno assume parte da responsabilidade da sua formação, colaborando no planeamento do estágio e na delimitação dos objectivos a atingir (Quinn, 1988). Dada a natureza interpessoal do processo de mentorship, o seu sucesso depende dos atributos do mentor e das necessidades individuais do aluno (Woodrow, 1994). O processo de mentorship terá de ser adaptado às necessidades do aluno e nessa medida cada díade que se estabelece é única.

Clements e Mugavin e Capitano (2005) reconhecem no conceito de Mentorship um misto de ciência e arte, consistindo numa relação complexa de colaboração entre os actores envolvidos. Constitui-se como um método de promoção da geração seguinte de profissionais, contribuindo para a transmissão de conhecimentos e de valores inerentes à profissão entre gerações.

Existe um extenso número de artigos que se debruçam sobre o mentor e o conceito de mentorship, em especial no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, mas também um pouco por todo mundo. Este interesse é motivado pela importância atribuída aos estágios clínicos, encontrando-se aberta, um pouco por todo o planeta, a discussão sobre a melhor forma de acompanhamento das práticas clínicas, pois acredita-se residir na forma como é feito esse acompanhamento um dos factores determinantes para o desenvolvimento dos cuidados de saúde e conseqüentemente, promover o aumento da qualidade e segurança dos cuidados prestados à população.

Saarikoski (2003) reconhece que os alunos sentem a necessidade de terem um tutor ou mentor que suporte as suas práticas e os guie de forma a atingirem os seus próprios objectivos.

Nesta perspectiva os monitores de estágio dos alunos de Radiologia podem ser considerados mentores e a relação que estabelecem com os alunos inserida no contexto de mentorship. Os mentores necessitam de possuir determinadas características e competências para desempenharem com eficácia e eficiência os papéis que tradicionalmente lhe estão atribuídos.

Davies et al (1994) descreve um bom mentor como alguém que possui apropriados atributos profissionais, conhecimento, facilidade de comunicação e motivação para o ensino e suporte dos alunos. Segundo os autores os elementos chave no papel destinado ao mentor serão: ensino, suporte e avaliação das práticas clínicas dos alunos.

Faut-Callahan (2001, referenciado por Abreu e Calvário 2005) define o mentor como um patrocinador, guia ou modelo profissional que tem uma relação humana, confidencial e social com o seu protegido. O papel do mentor não se esgota no ensino de novas competências aos alunos, ele promove a reflexão crítica sobre as práticas, constitui-se como facilitador de novas experiências clínicas, auxilia os alunos na tomada de decisões de âmbito profissional, apadrinhando os alunos na sua integração no meio sócio-profissional (Dracup e Bryan-Brown, 2004).

Busen e Engebretson (1999) identificaram uma série de funções atribuídas aos mentores entre as quais se destacam:

- ✓ Demonstrar destreza e promover a socialização dos alunos com a profissão;
- ✓ Constituir-se como um modelo profissional, sugerindo um novo tipo de linguagem e funcionando como um espelho das suas práticas através do feedback que lhe fornece;
- ✓ Promover a reflexão sobre as práticas encorajando o aluno a reflectir sobre a decisão a tomar em determinada situação, o porquê de a tomar e as implicações da decisão tomada;
- ✓ Partilhar valores e costumes;
- ✓ Constituir-se como suporte do aluno;
- ✓ Promover a implementação de standards de elevada qualidade;
- ✓ Encorajar o aluno a alcançar a autonomia através de um processo combinado que engloba o aumento progressivo de competência, autoconfiança e responsabilidade;
- ✓ Promover contactos entre o aluno e outros protagonistas na esfera profissional.

Num estudo qualitativo longitudinal realizado por Gray e Smith (2000) com o intuito de estudar o efeito do processo de mentorship no contexto de aprendizagem, num grupo de alunos de Enfermagem, estes descrevem um bom mentor como alguém que é entusiasta, amigo, acessível, paciente, compreensivo e dotado de senso de humor. Um bom mentor constitui-se também como um bom modelo para os alunos pois é profissional, organizado, cuidadoso e autoconfiante. No aspecto pedagógico os alunos referem como principais características de um bom mentor, ser bom comunicador, possuir um bom conhecimento sobre o enquadramento teórico do curso, ter expectativas realistas sobre o desempenho dos alunos, facilitar a transição entre a observação e a realização dos cuidados de saúde pelos alunos, através de feedback regular sobre o seu desempenho.

Um bom mentor será aquele que envolve os alunos no planeamento das actividades, dedica algum do seu tempo em exclusivo para dar resposta às necessidades dos alunos, interessando-se genuinamente por eles, tem confiança

nas capacidades dos alunos, dando-lhes progressivamente maior autonomia e responsabilidade (Gray e Smith, 2000).

Pelo contrário um mau mentor será alguém distante, inacessível, que não cumpre as promessas que faz e que intimida os alunos. Possui pouca perícia, revelando falta de conhecimentos técnico-científicos, estabelecendo expectativas inapropriadas sobre o desempenho dos alunos e apresentando pouca disponibilidade para as tarefas relacionadas com o papel de mentor. Possui fracas qualidades pedagógicas sendo incongruente no seu discurso. Deposita pouca confiança na capacidade dos alunos relegando-os, na maioria do tempo, para a qualidade de observadores, não sendo capaz de promover a autonomia do aluno.

Um dos factores mais importantes, e que determina de forma significativa a qualidade da relação supervisiva que se estabelece entre o mentor e o aluno, é o trabalho desenvolvido entre ambos no primeiro dia de estágio (Gray e Smith, 2000). Um bom mentor envolverá o aluno no planeamento do estágio e na delimitação dos objectivos a atingir, responsabilizando-o por parte do seu processo de aprendizagem. Já um mau mentor imporá o seu modelo de estágio e os objectivos a atingir, não estando aberto a sugestões por parte do aluno.

Um bom mentor será um factor nuclear para a motivação dos alunos, enquanto que um mau mentor contribuirá para um esmorecer do interesse do aluno pelo estágio, podendo mesmo originar o abandono por parte de alguns deles.

Existe uma série de razões que podem levar a que um mentor tenha um mau desempenho. A principal será a falta de motivação para o desempenho das suas funções. Outras causas apontadas por diversos autores são a falta de preparação específica, principalmente no que se refere às competências pedagógicas; características pessoais que dificultem o estabelecimento de relações; falta de organização dos serviços; relutância de alguns profissionais em partilharem os seus conhecimentos e competências com os alunos (Cahill, 1996). Uma causa frequentemente apontada é a falta de tempo dos mentores para acompanharem os alunos, devido aos seus restantes afazeres profissionais, tendo como consequência a existência de um deficiente acompanhamento do mentor sobre as actividades desenvolvidas pelo aluno ao longo do estágio. Haverá ainda um

défice de feedback formativo por parte do mentor. O feedback de retorno sobre as práticas desenvolvidas constitui-se, como reconhece Fretwell (1985), um elemento vital para o desenvolvimento das competências clínicas dos alunos.

Num processo de mentorship “saudável” mentor e aluno aprendem, crescem e desenvolvem-se no decorrer da relação supervisiva, sendo cada um deles motivado e estimulado pelo outro, no desempenho dos seus papéis (Busen e Engebretson, 1999).

A empatia criada entre o mentor e o aluno é um factor importante para o sucesso da relação supervisiva. Por essa razão deveria ser facultado ao aluno o direito de escolha do seu mentor. No entanto na maioria das vezes isso não é possível por diversas razões, que se prendem com imposições das instituições de acolhimento e até das próprias Escolas de origem dos alunos. Apesar dessas limitações devem ser excluídos os mentores que já tenham tido anteriormente algum conflito com o aluno que irão orientar, caso contrário a relação entre ambos já se iniciará bastante fragilizada, prejudicando o processo de aprendizagem do aluno.

Clements e Mugavin e Capitano (2005) inclui como papel do mentor a participação activa na promoção e avaliação da aprendizagem do aluno. É consensual que o mentor deva estar envolvido na avaliação formativa dos alunos que supervisiona. No entanto esse consenso deixa de existir quando se coloca a questão da avaliação sumativa. Alguns autores (Anfort 1992, Armitage e Burnard 1991) argumentam que ao se envolver o mentor na avaliação sumativa a qualidade da relação ficará diminuída, pois o aluno tenderá a ver o mentor como um avaliador e não como alguém que está ali para o ajudar a alcançar os objectivos. Perder-se-á a espontaneidade da relação sendo mais difícil que venha a atingir uma condição de díade primária. Por outro lado o mentor será aquele que tem um conhecimento mais aprofundado da evolução do aluno ao longo do estágio e estará assim em melhor condição para a atribuição da classificação mais apropriada ao seu desempenho. Este será o argumento mais forte dos que defendem que o mentor deve estar envolvido na avaliação sumativa do aluno (Lee, 1989).

O processo de mentorship à semelhança de qualquer processo supervisivo, só faz sentido se conseguir dar resposta às necessidades dos alunos. Nessa medida é necessário conhecer a percepção e a avaliação que os alunos fazem do acompanhamento dos seus estágios, de forma a serem introduzidas alterações que vão de encontro às reais necessidades e expectativas dos alunos para os quais se destina.

A percepção que os alunos do curso inicial de Radiologia possuem sobre a qualidade dos processos supervisivos que suportam as suas práticas durante os estágios, bem como a avaliação que deles fazem, é o que nos propomos conhecer com a elaboração da investigação que será descrita na segunda parte deste trabalho.

## **II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO**



# 1 - METODOLOGIA DO ESTUDO

O método é o caminho seguido pelo investigador para concretizar a sua investigação. É a sua descrição que vai aferir perante outros investigadores se os resultados encontrados possuem validade científica. Torna-se então necessário elaborar cuidadosamente um roteiro de acção para que os resultados finais não venham a sofrer de incongruências, em virtude de se ter optado por procedimentos com pouco rigor científico. Por outro lado é necessário traçar um percurso que permita obter respostas para o problema de partida, levando-nos a concordar com Belo (2003: 102) quando refere a este propósito que “*da metodologia seguida, depende em grande parte o êxito da investigação*”.

Quivy e Campenhoudt (2005: 15) comparam a investigação em ciências sociais ao processo de prospecção de petróleo, pois segundo eles ambos os actores (investigador e prospector de petróleo) não podem iniciar a sua investigação sem previamente efectuarem uma cuidadosa análise de todas as variantes envolvidas, de modo a programarem e sistematizarem todo o plano de acção. Nada pode ser deixado ao acaso sob pena de não serem obtidos os resultados esperados. A descrição do método permite ainda a reprodução da investigação por outros investigadores.

O estudo por nós encetado pode ser considerado do tipo transversal e correlacional.

Para a realização deste trabalho optamos ainda por uma abordagem de cariz quantitativo e qualitativo, pois acreditamos que esse será o caminho que nos permitirá efectuar uma análise mais consistente sobre o problema em estudo

## 1.1 - Enquadramento do estudo

Os estágios clínicos assumem-se como momentos essenciais para a consolidação das aprendizagens adquiridas pelos alunos do curso de Radiologia. Ao realizá-los os discentes têm a oportunidade de interrelacionar os conhecimentos adquiridos no decorrer das aulas teóricas com a prática clínica efectiva. Constitui-se como a primeira oportunidade dos alunos encetarem contacto com o ambiente característico da profissão, embrenhando-se na sua cultura e assimilando informações que funcionarão como alicerces no processo de construção da sua identidade profissional.

Iniciam, deste modo, a sua socialização profissional, sendo-lhes proporcionado não só o contacto com doentes e Técnicos de Radiologia, mas também com outros elementos pertencentes a diversos grupos profissionais. Têm ainda oportunidade de observar a forma como se desenvolvem as actividades no seio das instituições de saúde, bem como, a aplicação prática do código deontológico e de conduta inerente à actividade desenvolvida pelos profissionais de saúde.

As instituições de saúde perfilam-se como organizações complexas onde convivem a alegria, a esperança, a dor e o desespero, num misto de emoções contínuas difícil de destringir. Os odores, as imagens visuais e os sons característicos destas instituições, formam um quadro intrincado para quem o experimenta pela primeira vez. Contribuindo para adensar ainda mais a situação descrita, verifica-se que nem sempre são fáceis as relações que se estabelecem entre os diversos actores que integram as organizações de saúde.

Aliando a falta de experiência dos alunos que integram os estágios de formação inicial, ao ambiente característico das instituições de saúde, obtém-se um cenário que se constitui como fonte de ansiedade para os alunos. Estes necessitam de alguém que funcione como suporte das suas experiências em estágio, auxiliando-os a compreender a realidade, a “digerir” as emoções que vão experimentando e a relacionar as práticas que observam ou executam com os conhecimentos teóricos apreendidos anteriormente. Em suma necessitam de ser supervisionados.

A supervisão das práticas clínicas configura-se como um dos aspectos que deve ser cuidadosamente ponderado no planeamento dos estágios dos alunos do curso de Radiologia. O êxito do estágio, estabelecendo-se como um espaço de verdadeira oportunidade de aprendizagem, depende em grande medida do cuidado dispendido na preparação das estratégias de supervisão dos mesmos.

As estratégias supervisivas devem ser pensadas e adaptadas para cada local de estágio. Para além disso, devem ainda possuir elasticidade suficiente para sofrerem pequenas alterações ao longo do processo de acordo com as características individuais de cada aluno, de forma a permitirem que este evidencie a sua criatividade. O aluno, por seu turno, deve assumir responsabilidades no planeamento do seu processo formativo. A mesma estratégia supervisiva nem sempre é a mais adequada para dois locais de estágio diferentes, pelo que se deve reflectir sobre a estratégia mais adequada a cada local.

Ser supervisor da prática clínica nos estágios dos alunos do Curso de Radiologia não é tarefa fácil, não devendo ser desempenhado por qualquer Técnico de Radiologia. Para desempenhar de forma competente e eficaz a função de supervisor, o profissional terá de possuir por um lado características pessoais que se adequem ao desempenho deste papel e, por outro lado, competências sólidas quer ao nível técnico quer ao nível pedagógico.

Desta forma, um supervisor deverá ser um profissional reconhecidamente competente pelos seus pares, ser capaz de transmitir os seus conhecimentos aos alunos, afigurando-se como um modelo de bom profissional, sendo ainda capaz de promover a integração dos alunos no sistema ecológico característico da profissão. Além destas competências gerais há ainda diversas características específicas que o supervisor deverá ser portador, de forma a desempenhar mais facilmente os diversos papéis que lhe estão destinados.

Sendo o objectivo principal do curso de Radiologia a formação de profissionais competentes que sejam capazes de desempenhar com aptidão as suas funções enquanto Técnicos de Radiologia e contribuírem de forma positiva para o desenvolvimento da profissão, então a tarefa mor do supervisor deverá ser o de

proporcionar verdadeiros momentos de aprendizagem, constituindo-se como seu facilitador.

Nesta perspectiva quem melhor do que os alunos para avaliar o perfil de competências dos supervisores? Sendo nos alunos que se repercute o sucesso ou insucesso da supervisão, não serão eles os actores privilegiados para emitirem uma opinião avalizada sobre as principais características de que os supervisores devem ser portadores?

No nosso entender faz todo o sentido que assumindo as estratégias supervisivas, adoptadas durante os estágios, um papel decisivo na formação dos alunos do curso de Radiologia e sendo o supervisor o elemento crucial desse processo, se desenvolva uma investigação que vá no sentido de tentar delinear um perfil de características ideais para o desempenho dessa função. Havendo a hipótese de realizar esta investigação a partir de várias abordagens, o nosso interesse recai sobre aquela que possa reflectir a convicção dos principais interessados no processo supervisivo, ou seja, os alunos do Curso de Radiologia.

## **1.2 - Questões de investigação**

A investigação que nos propusemos realizar teve origem num problema que por instantes assaltou a nossa mente: que características dos orientadores de estágio, os alunos da Licenciatura em Radiologia mais valorizam para o seu processo de aprendizagem?

Considerando a questão pertinente sentimos necessidade, como ponto de partida para a investigação, de esboçar algumas questões que funcionassem como guias orientadores no caminho que nos propúnhamos trilhar. Tendo como meta esse propósito elaboramos as seguintes questões de investigação:

- ✓ Qual a importância que os alunos de Radiologia concedem aos estágios clínicos no seu contexto de formação?

- ✓ Que competências valorizam os alunos de Radiologia num orientador de estágio?
- ✓ Qual a representação que os alunos de Radiologia têm sobre o que é “um bom orientador de estágio”?
- ✓ Que opinião têm os participantes sobre a influência do estilo supervisão adoptado pelo orientador de estágio no desenvolvimento da sua socialização profissional?
- ✓ Quais as características dos orientadores de estágio que no entender dos alunos de Radiologia facilitam ou dificultam o relacionamento entre ambos?
- ✓ Qual o grau de satisfação que os alunos de Radiologia apresentam face às situações de supervisão em estágios clínicos que têm vivido durante o curso?

Tendo por base estas questões de investigação que tentam no essencial esmiuçar o problema inicial, analisando-o segundo vários prismas e fornecendo pistas sobre o caminho a seguir para o solucionar, elaboramos uma lista de objectivos específicos que, em conjunto com a solução para a questão de partida, nos propusemos alcançar no final da investigação. Os objectivos específicos para esta investigação consistem em:

- ✓ Analisar a percepção dos alunos sobre a importância dos ensinamentos clínicos na sua formação;
- ✓ Conhecer a representação dos alunos sobre as competências e características desejáveis do orientador de estágio;
- ✓ Avaliar o entendimento dos alunos sobre a influência que os orientadores de estágio têm no desenvolvimento da sua socialização profissional;
- ✓ Identificar características, atitudes e comportamentos do orientador de estágio que na óptica dos alunos influenciam os resultados da sua aprendizagem.

### 1.3 - Modo de investigação: estudo de caso

O investigador deve conhecer os diversos modos de investigação de forma a poder optar por aquele que melhor se adapta às características da pesquisa que pretende encetar. Um estudo das diferentes abordagens permite ao investigador tomar conhecimento sobre as diferentes perspectivas em que pode dirigir a sua investigação. Existe uma panóplia de modos de investigação e a escolha do apropriado, para o estudo que se propõe elaborar, afigura-se como um dos primeiros dilemas para o investigador.

No nosso caso e após um período de reflexão em que analisamos várias abordagens, optamos como modo orientador da nossa investigação pelo estudo de caso, porque na nossa opinião seria aquele que nos daria maiores garantias de sucesso atendendo às características da investigação em causa e da limitação temporal para a realizar.

Segundo Bell (2002: 22), a designação estudo de caso tem sido utilizada para caracterizar uma família de métodos de investigação que têm como ponto comum *“o facto de se concentrarem deliberadamente sobre o estudo de um determinado caso”*. Acrescenta ainda que segundo este modelo *“tal como em qualquer outra investigação, os dados são recolhidos sistematicamente, a relação entre as variáveis é estudada e o estudo é planeado metodicamente”*.

Vieira (2003) por seu turno, refere que no entender de vários autores o estudo de caso é um modo rigoroso de investigação, pois permite reter de forma holística e significativa as características de acontecimentos de vida reais, nos quais o investigador está pessoalmente implicado usando múltiplas fontes de dados e recorrendo a técnicas e instrumentos de recolha de dados variados.

Bell (2002: 22) aponta que este método é *“especialmente indicado para investigadores isolados”*, dado que proporciona uma oportunidade para estudar um dado problema num curto espaço de tempo. Para esta autora a principal vantagem deste método consiste *“no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interactivos em curso”*.

No entanto os resultados encontrados no estudo de caso não são passíveis de serem generalizados. Abreu (2001) afirma que a generalização das conclusões obtidas através do estudo de caso não é pertinente nem lícita e apresenta duas justificações:

- ✓ Não é pertinente porque o objecto de estudo se encontra fundamentalmente confinado ao contexto em que se enquadra;
- ✓ Não é lícita porque não se colocam, ao investigador, problemas de representatividade da amostra e dos fenómenos a observar.

No entanto o autor refere, socorrendo-se de Yin (1991), que em determinadas circunstâncias é possível proceder a comparações do tipo analítico, estabelecendo-se padrões de comparação entre os resultados obtidos em diversos estudos, respeitando obviamente a singularidade de cada um deles, definindo hipóteses explicativas para determinados fenómenos. Aponta ainda a possibilidade de se utilizar este tipo de generalização, quando num primeiro estudo se utilizam diversos elementos e num segundo apenas um subconjunto deles.

#### **1.4 - Participantes no estudo**

A selecção da população a estudar constitui-se como outro dos elementos-chave no planeamento da investigação. Belo (2003: 103) define população como *“um conjunto de pessoas que reúnem critérios, nos quais o investigador tem interesse”*. Sendo corroborada por Fortin (1999: 202) para quem a população *“é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”*. Por seu turno Quivy e Campenhoudt (2005: 159) especificam que *“este termo pode designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou objectos de qualquer natureza”*.

Atendendo às características e objectivos que o estudo pretende alcançar, escolhemos como população para o nosso estudo uma turma de alunos do Curso

de Radiologia, a frequentar o terceiro ano, de uma Escola do Ensino Superior situada no norte do país, que por questões de confidencialidade omitimos o nome.

A escolha desta população específica revelou-se adequada aos nossos objectivos por se tratar de um estabelecimento de ensino com longa tradição na formação inicial de Técnicos de Radiologia, possuindo em consequência uma organização bem estruturada e largamente ensaiada no que diz respeito à supervisão dos estágios clínicos dos alunos.

A opção de fazer recair o estudo sobre uma turma do terceiro ano e não de um outro ano lectivo, deveu-se à disposição do programa curricular do curso que faz incidir sobre este ano lectivo a maioria dos módulos de estágio. Serão estes os alunos, de acordo com a nossa óptica, que estarão no patamar académico ideal para nos fornecer os dados que necessitamos para levar a bom porto a nossa investigação, uma vez que se encontram activamente empenhados na realização de diversos módulos de estágios clínicos, contactando com diversos supervisores, estratégias e estilos de supervisão.

A turma é composta por 37 alunos, sendo que destes, 5 se encontravam ausentes no estrangeiro aquando do momento escolhido para a recolha de dados, ao abrigo do programa Erasmus. Deste modo a nossa amostra foi constituída pelos restantes 32 alunos.

## **1.5 - Técnicas e instrumentos de recolha de dados**

São vários os instrumentos de recolha de dados que o investigador tem à sua disposição. O investigador deve conhecê-los e aplicar aquele ou aqueles que melhor se adequem ao seu objectivo de investigação.

A elaboração do instrumento de recolha de dados reveste-se de grande importância, pois segundo Quivy e Campenhoudt (2005) trata-se da “*construção do instrumento capaz de recolher ou de produzir a informação prescrita pelos indicadores*”. A informação recolhida constituirá a totalidade dos dados disponíveis para o investigador levar a bom termo o seu estudo.

Tendo em consideração a natureza e o objecto da nossa pesquisa, tomamos consciência que não seria aconselhável realizar um estudo que enveredasse por uma abordagem exclusivamente quantitativa ou qualitativa. É nossa convicção que se afigura necessária uma recolha de dados estatísticos que nos permita realizar uma análise quantitativa como suporte das conclusões a extrair. No entanto a frieza que um resultado baseado apenas em números expressa, não tem em linha de conta uma série de características de carácter humanitário que todas as profissões da área da saúde encerram em si mesmas. Essa perspectiva apenas poderá ser obtida através de uma abordagem do tipo qualitativo, pois tal como referem Bogdan e Biklen (1994: 16) a abordagem qualitativa privilegia “*a compreensão dos comportamentos a partir das perspectivas dos sujeitos da investigação*”.

Atendendo ao exposto optamos por realizar o nosso estudo segundo um paradigma misto, em que os resultados obtidos através da análise quantitativa dos dados serão confrontados e complementados pelos resultados obtidos através da abordagem qualitativa.

Desta forma a escolha do ou dos instrumentos de recolha de dados teria de permitir a colheita de dados de carácter quer quantitativos, quer qualitativos. Procedemos então a uma análise de anteriores investigações que possuíssem um desenho semelhante à nossa, em busca de um instrumento de recolha de dados que nelas tivesse sido empregue e se revelasse adequado para a investigação que pretendíamos encetar.

Na nossa pesquisa deparamo-nos com um instrumento utilizado para a avaliação da orientação clínica na área de Enfermagem. Este instrumento permite a recolha de dados de carácter qualitativo e quantitativo e foi elaborado para ser aplicado a alunos do curso de Enfermagem, com o objectivo de procederem a uma avaliação da orientação clínica a que foram sujeitos.

Sendo ambos os cursos, Enfermagem e Radiologia, da área da saúde e partilhando em grande parte os mesmos contextos clínicos na realização dos seus estágios de formação inicial, pareceu-nos um instrumento adequado ao nosso estudo. Haveria apenas a necessidade de alterar alguns termos e efectuar

pequenos ajustes de forma a adaptá-lo ao modelo do curso de Radiologia em estudo.

O instrumento em causa é da autoria de Abreu e Calvário e designa-se por Clinical Learning Assessment Inventory – Mentor (CLASI-M), estando o seu processo de construção e validação descrito em Abreu e Calvário (2005). O CLASI-M foi elaborado tendo por base a perspectiva ecológica do desenvolvimento humano de Urie Bronfenbrenner, que como descrevemos anteriormente, dispensa uma atenção particular à interacção entre o sujeito e o meio onde se insere. Para a sua validação os autores aplicaram o questionário a 63 alunos do curso de Enfermagem de duas Escolas Superiores de Enfermagem Portuguesas, totalizando a amostra 126 indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 26 anos. O inventário que constitui a III parte do questionário obteve um valor de coeficiente do alpha de Cronbach de 0,92 na totalidade da escala. O instrumento foi ainda validado por 5 *experts* que verificaram se a construção das questões que compõem o instrumento corresponde às representações dos conceitos que com o referido instrumento se pretende avaliar.

O CLASI-M é um inquérito por questionário de auto-preenchimento pelos inquiridos. Para Quivy e Campenhoudt (2005: 188) a técnica de recolha de dados por questionário “*consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativos de uma população, uma série de perguntas relativas (...) a qualquer ponto que interesse aos investigadores*”. Acrescentam ainda que o inquérito por questionário visa a verificação de hipóteses teóricas e a análise das correlações que essas hipóteses sugerem.

Os autores supracitados (2005: 189) apontam como principais vantagens da recolha de dados através de inquérito por questionário:

- ✓ A possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação;
- ✓ O facto de a exigência de representatividade do conjunto dos entrevistados poder ser satisfeita através deste método.

Os mesmos autores apontam ainda determinadas limitações e fragilidades que o questionário poderá ter, se não forem devidamente consideradas algumas das suas características

O CLASI-M (anexo 1) permite que seja mantido o anonimato dos indivíduos inquiridos sendo constituído por quatro partes distintas. A primeira parte é composta por um conjunto de 11 questões cujo objectivo é caracterizar a amostra e os locais de estágio.

Na segunda parte pretende-se caracterizar o contexto em que ocorreu a orientação dos estágios clínicos. Consiste num conjunto de 32 questões fechadas sendo algumas delas do tipo dicotómico (sim/não) e as restantes com várias alternativas de resposta.

A terceira parte é constituída por um inventário de 24 questões associadas a uma escala de 4 níveis, com a qual se pretende medir a satisfação dos alunos face às suas experiências supervisivas.

Por último, a quarta parte do CLASI-M é constituída por três questões abertas, com as quais se pretende que os alunos relatem experiências significativas, positivas e negativas, ocorridas durante os seus estágios. Esta parte do questionário permite-nos recolher respostas mais extensas e não condicionadas pelo inquiridor. Os dados recolhidos através das respostas a estas três questões permitirão aprofundar o alcance das conclusões extraídas na investigação, tentando ultrapassar dessa forma duas das limitações apontadas por Quivy e Campenhoudt (2005) sobre a utilização do método de recolha de dados através do inquérito por questionário: a individualização dos inquiridos não tendo em linha de conta as suas redes sociais e os resultados apresentarem-se por vezes como simples descrições, desprovidas de elementos de compreensão penetrantes.

Segundo os autores do CLASI-M, este instrumento permite uma avaliação global (ecológica) das experiências de mentorship, e uma avaliação mais específica da relação mentor-aluno.

Sendo um instrumento que permite aos alunos efectuarem uma avaliação holística das suas experiências de supervisão dos estágios clínicos, permitindo ainda, a recolha de dados de cariz quantitativo e qualitativo num único momento,

levou a que considerássemos o CLASI-M como o instrumento apropriado para a recolha de dados da nossa investigação.

O CLASI-M foi construído a pensar nos alunos de Enfermagem e na realidade concreta dos ensinamentos clínicos no curso de Enfermagem. O curso de Radiologia apresenta algumas diferenças em relação ao curso de Enfermagem pelo que foi necessário proceder a algumas alterações de forma a adaptá-lo à realidade da educação clínica do curso de Radiologia. Tratou-se de proceder a pequenos ajustes no questionário de forma a torná-lo mais compatível com a realidade dos inquiridos de forma a obter correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado.

A adaptação do CLASI-M para este estudo foi realizada a partir da sua versão Portuguesa. Foram feitas essencialmente algumas alterações ao nível dos termos utilizados no mesmo, para que a formulação das questões se revelasse clara e inequívoca para os alunos do curso de Radiologia. Uma das alterações mais significativas neste domínio foi a substituição do termo “**tutor**” utilizado no âmbito da Enfermagem, pelo termo “**monitor**” convencionalmente utilizado para designar o supervisor das práticas clínicas dos alunos do curso de Radiologia.

A versão do questionário apresentado aos alunos inquiridos nesta investigação manteve a estrutura de quatro partes, as quais foram precedidas por uma nota introdutória onde se dava conta do âmbito e objectivo do estudo, se assegurava o anonimato e sigilo das respostas e se solicitava e agradecia a colaboração dos participantes no seu preenchimento.

Na primeira parte do instrumento as alterações mais significativas face ao original foram (anexos 1 e 2):

- ✓ Adaptação das respostas à nomenclatura utilizada para designar os locais de estágio intervenientes na educação clínica do curso de Radiologia na questão 5;
- ✓ Adaptação das respostas aos horários praticados nos estágios dos alunos do curso de Radiologia na questão 6;

- ✓ A questão 8 do CLASI-M original foi transformada numa questão de resposta fechada;
- ✓ A questão 9 do CLASI-M original foi anulada por não se aplicar nesta situação concreta;
- ✓ A questão 10 do CLASI-M original foi transformada numa questão fechada com 4 hipóteses de escolha e passou a ser a questão 9 do questionário adaptado;
- ✓ As respostas à questão 11 do CLASI-M original foram alteradas de acordo com as categorias profissionais da carreira de Técnico de Radiologia e passou a constar como questão 10 no questionário adaptado.

Na segunda parte do inquérito as alterações mais significativas foram:

- ✓ A questão 6 do CLASI-M original foi anulada por não se aplicar nesta situação concreta;
- ✓ A questão 30 do CLASI-M original passou a ocupar a última posição das questões que integram a segunda parte do questionário adaptado.

Na terceira parte apenas se verificaram algumas adaptações ao tipo de linguagem utilizada no CLASI-M original, face ao questionário adaptado.

A quarta parte permaneceu inalterada.

## **1.6 - Recolha de dados**

O investigador deve planear com muita atenção todos os factores que possam influenciar os resultados finais da investigação. Nessa perspectiva parece-nos de primordial importância o momento escolhido para a recolha dos dados bem como a forma como é efectuada.

Os dados foram recolhidos no início do mês de Abril de 2007, tratando-se de uma altura em que a maioria dos alunos já tinham realizado mais de metade dos módulos de estágio programados para o respectivo ano lectivo, tendo já

contactado com diversos supervisores, estratégias e estilos de supervisão. Na nossa óptica os alunos já acumulariam, por essa altura, um conjunto de experiências diversas, a partir das quais estariam em condições de emitir uma opinião mais avalizada sobre a supervisão das suas experiências clínicas. No nosso entender a experiência acumulada pelos alunos iria enriquecer a qualidade do nosso estudo, quer pela maior consciência que os inquiridos teriam sobre o que era perguntado, quer pela maior profundidade empregue na resposta às questões abertas.

De modo a que as respostas de cada aluno não fosse influenciada pela opinião dos colegas, pois interessava-nos conhecer o que cada um deles pensava sobre a forma como tinham sido supervisionados os seus estágios clínicos, optamos por reunir todos os alunos num único momento e espaço, distribuindo o questionário a todos ao mesmo tempo.

O momento da recolha de dados ocorreu durante uma aula teórica a que os alunos assistiam. Foi pedida a autorização dos responsáveis pelo curso de Radiologia e a concordância da docente da disciplina em cuja aula decorreu a recolha de informação.

Foi explicado aos alunos, pelo investigador e antes de iniciarem o preenchimento do questionário, qual o objectivo da recolha de dados, o âmbito no qual estava inserido e que os dados recolhidos não seriam usados para outro fim. Garantiu-se ainda o anonimato e declarou-se a não obrigatoriedade de resposta ao questionário. As explicações foram efectuadas oralmente e por escrito.

O investigador esteve presente na sala para responder a eventuais dúvidas levantadas pelos alunos que ocorressem durante o momento de resposta ao inquérito.

Ao assim procedermos foi nossa intenção criar uma atmosfera de confiança no momento da administração do questionário, agindo com honestidade para com os inquiridos.

É nossa convicção que ao planearmos cuidadosamente todas estas variáveis, estamos a contribuir para reduzir ao mínimo o perigo do nosso estudo ser

seriamente afectado pelos problemas identificados por Quivy e Campenhoudt (2005) acerca do uso dos inquéritos por questionário.

Os 32 alunos presentes na sala de aula anuíram, na sua totalidade, em preencher o CLASI-M modificado para os alunos do curso de Radiologia, de acordo com as condições apresentadas pelo investigador. Foi assim obtido o consentimento informado de todos os elementos constituintes da amostra.

## 2 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Após a recolha dos dados o investigador fica na posse de um volume considerável de informação que necessita ser analisada. Bell (2002: 157) adverte que os dados obtidos através dos diversos instrumentos de recolha “*pouco significado têm até serem analisados e avaliados*”.

A análise dos dados implica uma série de operações sobre estes. É necessário organizá-los tornando-os em material operacional, sintetizá-los, procurar padrões, identificar o que é relevante e decidir o que se vai comunicar (Bogdan e Biklen, 1994).

Quivy e Campenhoudt (2005: 211) relembram que o objectivo da investigação é responder à pergunta de partida, como tal esse será o primeiro objectivo no tratamento da informação recolhida. Acrescentam, no entanto, que a realidade é sempre mais complexa do que a nossa hipótese e por conseguinte a recolha de dados efectuada remete-nos para outras informações e relações que não devem ser negligenciadas. O tratamento dos dados terá assim como segundo objectivo, na óptica dos autores supracitados, “*interpretar esses factos inesperados e rever ou afinar as hipóteses para que, nas conclusões, o investigador esteja em condições de sugerir aperfeiçoamentos do seu modelo de análise ou de propor pistas de reflexão e de investigação para o futuro*”.

O tratamento dos dados recolhidos durante esta investigação iniciou-se com a preparação dos mesmos, de modo a facilitar a sua análise. Os questionários foram codificados, tendo sido atribuído um número de ordem, aleatório, a cada um deles.

A natureza do questionário aplicado na recolha de dados implicou a adopção de duas estratégias distintas no tratamento da informação. As questões integrantes da primeira, segunda e terceira parte do questionário foram alvo de tratamento estatístico. No tratamento dos dados recolhidos pelas respostas às questões que integravam a quarta parte do questionário optamos pela análise de conteúdo. Por

consequente a preparação dos dados também obedeceu a dois procedimentos distintos.

As respostas resultantes da primeira, segunda e terceira parte do questionário foram codificadas e inseridas numa folha de cálculo, para posterior tratamento estatístico. Todas as análises efectuadas utilizaram o package de software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) para Windows, versão 15.0 e foram realizadas com a colaboração do Gabinete Coordenador de Investigação do Centro Hospitalar do Porto/ Hospital de Santo António.

As respostas à quarta parte do questionário foram transcritas para um ficheiro informático para serem alvo de análise de conteúdo. A análise de conteúdo é uma técnica definida por Bardin (1977: 42) como um “conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

## **2.1 - A amostra e os locais de estágio**

A primeira parte do questionário tinha como objectivo caracterizar a amostra e os locais de estágio. Nesse sentido é constituído por 10 questões com resposta de escolha múltipla, excepto a primeira que se referia à idade dos inquiridos, na qual lhes era pedido que indicassem a sua idade em número de anos. Para além da idade dos inquiridos, nesta primeira parte do questionário quisemos recolher elementos no que respeita:

- ✓ Estado civil;
- ✓ Ano curricular;
- ✓ Último local de estágio frequentado;
- ✓ Carga horária semanal do estágio;
- ✓ Experiências similares anteriores no decorrer do curso;

- ✓ Numero de estágios realizados no presente ano lectivo, até ao momento da recolha de dados;
- ✓ Duração total de cada estágio em número de semanas;
- ✓ Categoria profissional do responsável pela supervisão do estágio.

No tratamento estatístico dos dados referentes à primeira parte do questionário foram calculadas as frequências absolutas e relativas das respostas obtidas em cada questão.

Participaram neste estudo 32 alunos que acederam responder ao questionário após lhes ter sido pedido o seu consentimento informado.

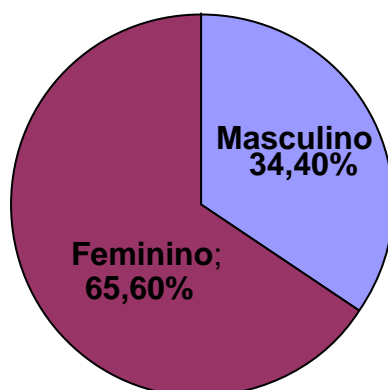
Através da análise dos dados obtidos, e que são apresentado no quadro 1, verificamos que o escalão etário da nossa amostra se situava no intervalo compreendido entre os 20 e os 25 anos. Cerca de 46,9% (n=15) dos inquiridos possuíam 20 anos e a faixa etária compreendida entre os 20 e os 22 anos representava 90,6% (n=29) do total da amostra.

**Quadro 1 - Distribuição dos alunos por idades**

<b>Idade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>20</b>	15	46,9%
<b>21</b>	10	31,3%
<b>22</b>	4	12,4%
<b>23</b>	2	6,3%
<b>25</b>	1	3,1%

A distribuição da amostra por sexo cifrava a população feminina com cerca de 2 terços dos participantes no estudo. Desta forma, tal como se observa no gráfico 1, o género feminino possuía uma representatividade na ordem dos 65,6% (n=21) enquanto a representação masculina se quedava na casa dos 34,4% (n=11).

**Gráfico 1 - Distribuição dos alunos por sexo**



Todos os participantes eram solteiros à data da recolha de dados e frequentavam o 3º ano lectivo do curso de Radiologia.

A disciplina de Educação Clínica I do curso de Radiologia da Escola em questão integra 8 módulos de estágio que os alunos têm de realizar ao longo do 3º ano lectivo. Os estágios são divididos em 6 áreas técnicas distintas de actividade, sendo destinado um módulo de estágio a cada uma delas, excepto na área de radiologia convencional à qual são atribuídos 3 módulos de estágio ao longo do ano.

O último local de estágio frequentado pelos alunos que participaram neste estudo abrangia as 6 áreas técnicas (ver quadro 2), sendo que a menos representada foi a área da mamografia/bloco operatório com 9,4% (n=3) e as mais representadas foram as áreas de radiologia convencional e ressonância magnética com 21,9% (n=7) cada (quadro 2).

**Quadro 2 - Distribuição dos alunos por locais de estágio**

<b>Áreas Técnicas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Tomografia Computorizada	4	12,5%
Neurorradiologia/Intervenção	6	18,7%
Mamografia/Bloco Operatório	3	9,4%
Radiologia Convencional	7	21,9%
Serviço de Urgência	5	15,6%
Ressonância Magnética	7	21,9%

Todos os módulos de estágio possuíram uma duração total de 4 semanas e uma carga horária entre as 25 e as 30 horas semanais.

Cerca de 93,8% (n=30) dos alunos referiram já terem tido oportunidade de estagiar em locais de estágio similares durante o curso.

No presente ano lectivo 78,1% dos alunos (n=25) já tinha realizado entre 5 a 6 módulos de estágio e 15,6% (n=5) tinham realizado entre 3 a 4 módulos de estágio. Dos restantes, 3,1% (n=1) apenas tinham realizado entre 1 a 2 módulos de estágio e igual percentagem declarou já ter realizado entre 7 a 8 módulos.

Os responsáveis pela supervisão clínica dos alunos em estágio eram na sua larga maioria Técnicos de 2ª ou 1ª Classe da carreira profissional de Técnicos de Radiologia com 43,8% (n=14) cada uma das categorias, pertencendo os restantes 12,5% (n=4) à classe de Técnicos Principais, como se observa no quadro 3.

**Quadro 3 - Distribuição dos monitores por categoria profissional**

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Técnico de 2ª Classe	14	43,8%
Técnico de 1ª Classe	14	43,8%
Técnico Principal	4	12,4%

## **2.2 - Caracterização do contexto dos estágios clínicos**

A segunda parte do questionário tem como objectivo a caracterização do contexto relativo ao processo de supervisão dos estágios clínicos experimentado pelos alunos. É composto por 31 questões com resposta de escolha múltipla, resultando em algumas delas a obtenção de dados dicotómicos.

As questões de 1 a 5 pretendem avaliar o grau de conhecimento que os alunos possuíam sobre o local de estágio e o papel que deles era esperado, antes do início do módulo de estágio. Pretendíamos avaliar ainda se as acções desenvolvidas nesse sentido, pela Escola e pela Instituição de saúde onde o estágio se realizou, tinham sido eficazes no sentido de dotar os alunos de informação relevante sobre o estágio que iriam realizar.

Nessa perspectiva e observando os resultados expressos no quadro 4, cerca de 62,5% (n=20) dos alunos consideraram **suficientes** as informações facultadas pela Escola sobre o estágio durante a preparação do mesmo, enquanto 37,5% (n=12) consideraram-nas **insuficientes**.

**Quadro 4 - Conhecimento prévio dos alunos sobre o local de estágio**

Questões	Respostas	Nº	%
Na Escola, durante a preparação do estágio, as informações facultadas sobre o mesmo foram:	Suficientes	20	62,5%
	Insuficientes	12	37,5%
No início do estágio ficou bem definido o papel e a responsabilidade do aluno durante a sua permanência no serviço/unidade de cuidados?	Sim	28	87,5%
	Não	4	12,5%
Antes de iniciar o estágio, que tipo de conhecimento possuía do serviço/unidade de cuidados?	Adequado	5	15,6%
	Moderado	20	62,5%
	Inadequado	7	21,9%
A INSTITUIÇÃO onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a recepção dos alunos?	Sim	8	25%
	Não	24	75%
O SERVIÇO onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a integração dos alunos?	Sim	16	50%
	Não	16	50%

A percentagem de alunos que declarou que o seu papel e responsabilidade durante a permanência no serviço/unidade de cuidados onde iriam efectuar o seu estágio ficou **bem definido** desde o início, foi de 87,5% (n=28) (quadro 4).

Relativamente ao conhecimento prévio que possuíam sobre o serviço/unidade de cuidados onde iriam realizar o seu estágio, 15,6% (n=5) dos alunos consideraram-no **adequado**, 62,5% (n=20) apenas **moderado** e 21,9% (n=7) consideraram possuir um conhecimento **inadequado** (quadro 4).

Apenas 25% (n=8) dos alunos foram contemplados com uma acção específica de recepção por parte da **instituição** em que iriam realizar o seu estágio. No que

respeita aos **serviços** esse número cifrou-se em 50% (n=16), significando que metade dos alunos não tivera qualquer acção específica de integração, por parte dos locais onde realizaram seu estágio (quadro 4).

As questões 6 e 7 pretendiam definir o tipo de acompanhamento das práticas dos alunos em estágio que os serviços disponibilizaram e se os responsáveis pelo acompanhamento tinham sido apresentados aos alunos logo no início do estágio.

De acordo com os dados, disponibilizados no quadro 5, metade dos alunos (n=16) declarou que as suas práticas tinham sido exclusivamente acompanhadas por um **monitor ou um conjunto de monitores** designado pelo serviço, enquanto que os outros 50% (n=16) declararam que tinham tido um tipo de acompanhamento **misto**, ou seja, pelo monitor e restante equipa de Técnicos de Radiologia do serviço. Em 93,8% (n=30) dos casos, os alunos foram apresentados aos monitores respectivos no **início do estágio**.

**Quadro 5 - Tipo de acompanhamento supervisão dos alunos**

<b>Questões</b>	<b>Respostas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço onde realizou o estágio?	Monitor(es)	16	50%
	Equipe	0	0
	Misto	16	50%
O seu monitor ou monitores de estágio foram-lhe apresentados no início do estágio?	Sim	30	93,8%
	Não	2	6,2%

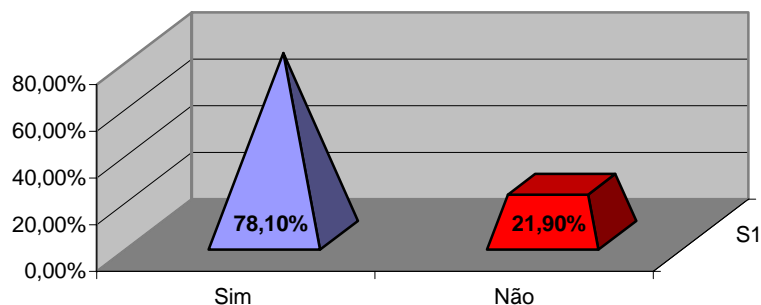
Pelas respostas às duas questões seguintes, apresentadas no quadro 6, verificamos a não ocorrência de situações em que os alunos fossem totalmente impedidos de expressar as suas necessidades em matéria de formação, quer no início do estágio, quer no decorrer do mesmo. No entanto, apenas 43,8% (n=14) consideraram que tiveram **sempre** oportunidade de o fazer, enquanto 56,2% (n=18) dos alunos consideraram que só o puderam fazer em **algumas ocasiões**.

**Quadro 6 - Oportunidade dos alunos expressarem necessidades de formação**

Questões	Respostas	Nº	%
Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, no <b>INÍCIO</b> do estágio?	Sempre	14	43,8%
	Por vezes	18	56,2%
	Nunca	0	0
Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, <b>DURANTE</b> o estágio?	Sempre	14	43,8%
	Por vezes	18	56,2%
	Nunca	0	0

Com a questão 10 pretendíamos aquilatar se os alunos tinham sido envolvidos em actividades em conjunto com a equipa de saúde. Das respostas obtidas, cujos resultados se podem observar no gráfico 2, resultou que um número superior a três quartos dos alunos (n=25) declarou **ter desenvolvido** actividades em conjunto com a restante equipa de saúde durante o seu módulo de estágio.

**Gráfico 2 - Envolvimento dos alunos em actividades com a equipa**



A questão 11 referia-se à existência ou não de recursos didácticos disponibilizados pelos serviços, com o objectivo dos alunos aprofundarem os seus conhecimentos. Cerca de 65,6% (n=21) dos alunos referiram **ter-lhe sido dada essa possibilidade**, enquanto que aos restantes 34,4% (n=11) não foi dada essa possibilidade por parte dos locais onde estagiaram (quadro 7).

**Quadro 7 – Apoio didáctico e informação sobre controlo de infecção hospitalar**

Questões	Respostas	Nº	%
Teve possibilidade de aceder a recursos didácticos para aprofundar os seus estudos?	Sim	21	65,6%
	Não	11	34,4%
Foi orientado para a realização de um dossier/diário individual de aprendizagem ou outro instrumento similar?	Sim	11	34,4%
	Não	21	65,6%
Foi facultada, antes do estágio, informação sobre a política organizacional em matéria de controlo da infecção hospitalar?	Sim	5	15,6%
	Não	27	84,4%

Cerca de 65,6% (n=22) dos alunos **não** tiveram qualquer orientação no sentido de elaborarem um dossier individual de aprendizagem ou outro instrumento similar. O conhecimento deste facto é-nos dado através da análise das respostas dos alunos à questão 12 (Tabela 7).

Através da análise das respostas à questão seguinte verificamos que a 84,4% (n=27) dos alunos **não** foi facultada qualquer informação sobre a política organizacional em matéria de controlo da infecção hospitalar, praticada pela instituição em que se realizaria o estágio (quadro 7).

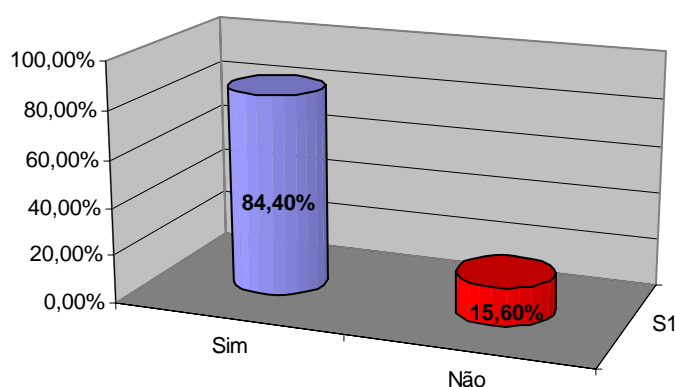
Com a questão 14 pretendia-se apreciar a forma como o aluno mantinha o seu monitor informado sobre os progressos que verificava no seu processo de aprendizagem, ou seja, na prossecução dos seus objectivos. De acordo com os resultados observados no quadro 8, cerca de 15,6% (n=5) afirmaram que **nunca** informaram o seu monitor sobre a prossecução dos seus objectivos, enquanto que 18,8% (n=6) disseram informara-lo **sempre**. Os restantes 65,6% (n=21) declararam que **por vezes** informaram o seu monitor sobre a forma como decorria o prosseguir dos objectivos propostos para o respectivo módulo de estágio.

**Quadro 8 – Periodicidade com que o aluno informou o seu monitor sobre os objectivos alcançados**

<b>Informei o monitor sobre a forma como prosseguia os objectivos?</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Sempre	6	18,8%
Por Vezes	21	65,6%
Nunca	5	15,6%

Na questão seguinte, cujos resultados se podem observar no gráfico 3, cerca de 84,4% (n=27) dos alunos responderam que **contaram com a ajuda** do seu monitor para elaborar o plano de actuação mais adequado na abordagem a cada doente, enquanto 15,6% (n=5) disseram **não ter contado com essa ajuda**

**Gráfico 3 – Auxílio do monitor na elaboração do plano de actuação adequado a cada doente**



As questões 16,17 e 18 pretendiam averiguar se no decorrer do estágio clínico tinham sido disponibilizados tempos específicos para a reflexão e qual a frequência em que ocorreram. Os dados obtidos pelas respostas a essas questões podem ser observados no quadro 9 onde constam também os resultados da questão 19 que se referia à disponibilidade demonstrada pelo docente responsável.

Pela observação dos resultados verifica-se que 12,5% (n=4) dos alunos **não foram** contemplados com momentos específicos e individualizados para reflexão sobre as suas experiências clínicas. Os restantes 87,5% (n=28) declararam **terem tido** essa oportunidade, mas com 18,7% (n=6) deles a considerarem que os momentos consagrados para o efeito foram em número **insuficiente** para as suas necessidades.

A cerca de 25% (n=8) dos alunos **não** lhes foram proporcionados momentos específicos para a discussão de aspectos relativos ao seu desenvolvimento geral

no estágio, enquanto que 15,6% (n=5) faziam-no **diariamente**, 56,3% (n=18) **ocasionalmente** e 3,1% (n=1) **semanalmente no serviço**.

**Quadro 9 – Momentos de reflexão disponibilizados pelo monitor e apoio do docente**

Questões	Respostas	Nº	%
Durante o estágio foram disponibilizados momentos específicos e individualizados para reflexão sobre as suas experiências clínicas?	Nº suficiente	22	68,8%
	Nº insuficiente	6	18,7%
	Não Disponível	4	12,5%
Durante o estágio foram consagrados momentos específicos para a discussão de aspectos relativos ao seu desenvolvimento geral no estágio?	Não	8	25%
	Diariamente	5	15,6%
	Ocasionalmente	18	56,3%
	Semanal-Serviço	1	3,1%
	Semanal-Escola	0	0%
Durante o estágio foram disponibilizados momentos específicos para reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica?	Nº suficiente	16	50%
	Nº insuficiente	6	18,7%
	Não Disponível	10	31,3%
O docente responsável pela disciplina esteve disponível para o apoiar, quando por si solicitado?	Sempre	25	78,1%
	Por Vezes	6	18,8%
	Nunca	1	3,1%

Apenas **foram proporcionados** momentos de reflexão específicos sobre questões de ordem ética e deontológica a 68,7% (n=22) dos alunos participantes

no estudo. No entanto, 18,7% (n=6) consideraram que esses momentos foram em número **insuficiente** para as suas necessidades.

O docente responsável pela disciplina esteve **sempre** disponível para apoiar os alunos, quando por eles solicitados, na opinião de 78,1% (n=25) dos alunos. Essa é a conclusão a tirar da análise às respostas da questão 19 em que 18,8% (n=6) dos alunos declararam que essa disponibilidade só se manifestara **por vezes** e 3,1% (n=1) afirmou que o docente **nunca** demonstrara disponibilidade para o apoiar.

**Quadro 10 – Dados relativos às respostas dadas às questões 20, 21, 22, 23, 24 e 25 da II parte do questionário**

Questões	Respostas	Nº	%
O monitor ou grupo de monitores proporcionaram-me supervisão durante todo o estágio?	Sim	23	71,9%
	Não	9	28,1%
Durante o estágio sentiu-se à vontade para colocar dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda?	Sim	30	93,8%
	Não	2	6,2%
O monitor ou grupo de monitores teve em conta os seus problemas pessoais?	Sempre	16	50%
	Por Vezes	12	37,5%
	Nunca	4	12,5%
Esteve no serviço como elemento supranumerário (para além da equipe habitual)?	Sim	24	75%
	Não	8	25%
Teve oportunidade de conhecer as políticas e práticas do serviço em matéria de qualidade?	Sim	26	81,2%
	Não	6	18,8%
A sua qualidade de aluno(a) da Escola favoreceu o processo de orientação?	Sempre	21	65,6%
	Por Vezes	10	31,3%
	Nunca	1	3,1%

As respostas às duas questões seguintes revelaram que 71,9% (n=23) dos alunos foram alvo de supervisão durante **todo** estágio, por parte do monitor ou grupo de monitores nomeados pelo serviço. Cerca de 93,8% (n=30) dos alunos declararam **terem-se sentido à vontade** para colocar dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda, no decorrer do estágio, como se pode observar no quadro 10.

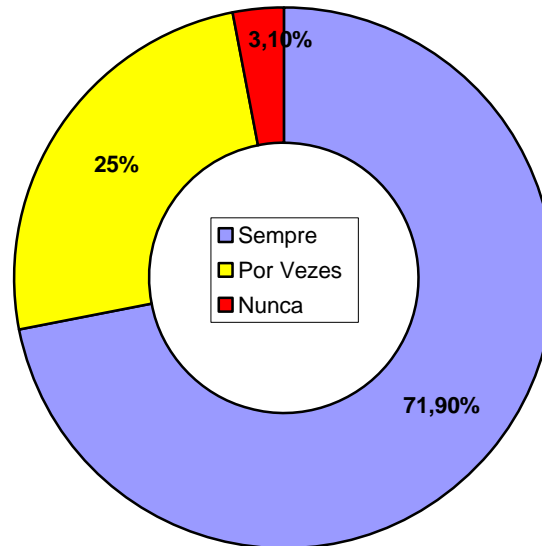
Dos alunos que responderam a este questionário, 87,5% (n=28) afirmaram que os monitores **tiveram** em conta os seus problemas pessoais, sendo que em 50% (n=16) dos casos tiveram **sempre** e em 37,5% (n=12) só por **vezes**. Os 12,5% (n=4) restantes responderam que os seus monitores **nunca** levaram em consideração os seus problemas pessoais (quadro 10).

Três quartos dos alunos (n=24) **confirmaram** estar no serviço como elementos supranumerário enquanto os restantes 25% (n=8) declararam sentir que estavam a **substituir** Técnicos de Radiologia (quadro 10).

As práticas e políticas do serviço em matéria de qualidade **foram** dadas a conhecer a apenas 81,2% (n=26) dos alunos inquiridos (quadro 10)

Os alunos sentiram que a sua qualidade de alunos da Escola favoreceu o seu processo de orientação. Essa opinião apenas **não é** corroborada por 3,1% (n=1) dos inquiridos. Dos restantes, 65,6% (n=21) pensam que essa condição os favoreceu **sempre** e 31,3% (n=10) acreditam que apenas **às vezes** se constituiu como um factor que favoreceu o seu processo de orientação (quadro 10).

**Gráfico 4 – A relação com os Técnicos de Radiologia do Serviço favoreceu a sua aprendizagem?**



As questões 26 e 27 vão no sentido de tentar compreender em que medida as relações que se estabeleceram entre o aluno e a equipa de Técnicos de Radiologia do serviço onde estagiaram, ou entre o aluno e os seus colegas de curso, favoreceram o seu processo de aprendizagem. Analisando as respostas podemos afirmar que em ambos os casos cerca de 96,9% (n=31) dos alunos consideraram que as relações estabelecidas **favoreceram** os seus processos de formação, sendo que cerca de três quartos consideram mesmo que as relações estabelecidas favoreceram **sempre** o seu processo de aprendizagem, enquanto que os restantes pensam que apenas **por vezes** essas relações foram um factor que favoreceu a sua aprendizagem. Existe no entanto uma pequena percentagem de alunos (n=1) que admite que a relação estabelecida entre ele e os Técnicos de Radiologia do Serviço ou com os restantes colegas **nunca** se constituiu como um factor que favorecesse a sua aprendizagem.

Os alunos quando tiveram de tomar decisões sentiram **por vezes** em 62,5% (n=20) dos casos a falta do monitor. Os restantes 37,5% (n=12) confessaram **nunca** sentir a falta do monitor na hora da tomada de decisões, como se pode observar no quadro 11.

**Quadro 11 – Dados relativos às respostas dadas às questões 28, 29 e 30 da II parte do questionário**

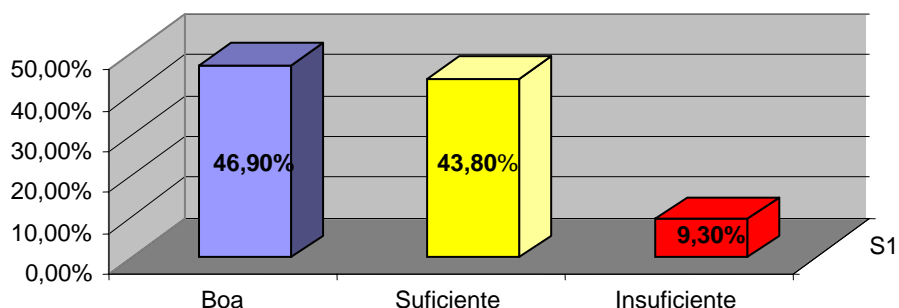
Questões	Respostas	Nº	%
Sentiu a falta do monitor quando teve de tomar decisões?	Sempre	0	0%
	Por Vezes	20	62,5%
	Nunca	12	37,5%
No final do estágio, no contexto da avaliação, foram-lhe indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação?	Sempre	5	15,6%
	Por Vezes	15	46,9%
	Nunca	12	37,5%
O monitor ou monitores de estágio estavam preparados para o momento de avaliação?	Sim	28	87,5%
	Não	4	12,5%

No final do estágio, no contexto de avaliação, **não foram** identificadas pelo monitor as áreas deficitárias em matéria de formação em 37,5% (n=12) dos alunos. Cerca de 15,6% (n=5) dos alunos afirmaram que lhes foram **sempre** identificadas as áreas deficitárias, enquanto aos restantes 46,9% (n=15) **nem sempre** lhes foi transmitida essa informação (quadro 11).

Cerca de 87,5% (n=28) dos alunos sentiram que o monitor ou monitores de estágio **estavam** preparados para o momento de avaliação (quadro 11).

Por ultimo foi pedido aos alunos que em termos globais fizessem uma avaliação qualitativa sobre a orientação que lhes foi disponibilizada. Os resultados obtidos revelaram que 46,9% (n=15) consideraram a orientação **boa**, 43,8% (n=14) apenas **suficiente**, enquanto que 9,3% (n=3) classificaram como **insuficiente** a orientação dos estágios clínicos que lhes foi disponibilizada, como é visível pela análise do gráfico 5.

**Gráfico 5 – Avaliação dos alunos face à orientação disponibilizada**



### **2.3 - Satisfação face às experiências supervisivas**

A terceira parte do questionário é composta por um inventário associado a uma escala ordinal de 4 níveis. O inventário é constituído por 24 questões, todas elas com 4 hipóteses de resposta, correspondendo a cada uma delas um valor numérico de 1 a 4 que indica o seu grau de concordância com a respectiva questão. Ao número 1 corresponde a afirmação “**Não concordo nada**”, ao número 2 a afirmação “**Concordo pouco**”, ao número 3 a afirmação “**Concordo bastante**” e ao número 4 a afirmação “**Concordo muito**”.

Com os dados obtidos pelo preenchimento deste inventário pretendíamos medir a satisfação dos alunos face às suas experiências supervisivas. Para tal começamos por calcular as frequências absolutas e relativas bem como a moda. No quadro 12 é apresentado o inventário com a percentagem de respostas que correspondeu a cada questão.

**Quadro 12 – Inventário com as frequências das respostas dadas pelos alunos**

	<b>Acompanhamento Clínico</b>	<b>%</b>			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor os meus objectivos para o estágio	18,7	34,4	43,8	3,1
<b>2</b>	Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram pertinentes e exequíveis	12,5	21,9	53,1	12,5
<b>3</b>	Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram mensuráveis	15,6	50	25	9,4
<b>4</b>	Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados, quando o achei necessário	12,5	43,8	31,2	12,5
<b>5</b>	O monitor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber a minha opinião sobre o assunto	31,2	34,4	28,1	6,3
<b>6</b>	As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estágio de aprendizagem	59,4	34,4	3,1	3,1
<b>7</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor as actividades a desenvolver	9,4	28,1	59,4	3,1
<b>8</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor o estilo de acompanhamento facultado por ele	18,7	40,6	34,4	6,3
<b>9</b>	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo monitor	6,3	12,5	65,6	15,6
<b>10</b>	O monitor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno(s)	0	15,6	59,4	25
<b>11</b>	Na ausência do monitor, senti que a equipe estava a par da minha situação de aprendizagem	3,1	21,9	59,4	15,6
<b>12</b>	Só tive a opinião do monitor sobre a minha aprendizagem no final do estágio	25	34,4	25	15,6
<b>13</b>	O monitor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	9,4	28,1	46,9	15,6
<b>14</b>	As apreciações disponibilizadas pelo monitor estavam focalizadas na minha experiência concreta	12,5	40,6	46,9	0
<b>15</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor questões ligadas ao código deontológico da profissão	28,1	37,5	34,4	0
<b>16</b>	O monitor ajudou-me a desenvolver as competências de relação e comunicação com os doentes e equipe de profissionais	12,5	15,6	46,9	25
<b>17</b>	Senti-me descontraído durante os momentos de reflexão sobre o estágio promovidos pelo monitor	9,4	28,1	40,6	21,9
<b>18</b>	Contei com a ajuda do monitor para a tomada de decisões técnicas durante o estágio	0	15,6	50	34,4
<b>19</b>	Senti que os meus “timings” de aprendizagem foram respeitados pelo monitor	0	21,9	62,5	15,6
<b>20</b>	A presença do monitor inibia-me durante a realização dos exames	43,8	25	21,9	9,3
<b>21</b>	O monitor foi para mim um exemplo de um “bom profissional”	0	12,5	59,4	28,1
<b>22</b>	O monitor preocupou-se em criar um bom “clima de aprendizagem”	3,1	6,3	65,6	25
<b>23</b>	Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o monitor de estágio	18,7	37,5	34,4	9,4
<b>24</b>	Fiquei satisfeito com a supervisão do estágio disponibilizada pelo monitor	6,3	18,7	56,3	18,7

A primeira questão constante do inventário é “**Tive oportunidade de discutir com o monitor os meus objectivos para o estágio**”. A resposta mais frequente foi a de *concordo bastante* com 43,8% (n=14). É de realçar ainda os 34,4% (n=11) de alunos que respondeu *concordar pouco* com esta afirmação.

A segunda questão é: “**Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram pertinentes e exequíveis**”. Mais de metade dos alunos inquiridos (n=17) declararam *concordar bastante* com esta afirmação.

Das respostas dadas à terceira questão “**Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram mensuráveis**”, metade dos alunos *concordou pouco* com esta afirmação, havendo ainda 15,6% (n=5) que *não concordam nada*.

A quarta questão “**Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados, quando o achei necessário**”, teve como resposta mais frequente por parte dos alunos inquiridos *concordo pouco* com 43,8% (n=14). Cerca de 31,2% (n=10) declararam *concordar bastante* com esta afirmação. Dos restantes alunos inquiridos as respostas dividiram-se em percentagens iguais (n=4) entre o *não concordo nada* e o *concordo muito*.

A quinta questão “**O monitor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber a minha opinião sobre o assunto**”, teve como resposta mais frequente por parte dos alunos (n=11) o *concordarem pouco* com ela. A soma dos alunos que respondeu *não concordar nada* com esta afirmação com os que declararam *concordar pouco* cifrou-se nos 65,6% (n=21), transmitindo-nos a ideia da fraca concordância com esta afirmação por parte dos alunos inquiridos.

Cerca de 59,4% (n=19) dos alunos disseram não estar nada de acordo com a questão “**As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estágio de aprendizagem**”, cifrando-se em 93,8% (n=30) quando a esses alunos adicionamos os que responderam que concordam pouco com essa questão.

A questão constante na alínea 7 é “**Tive oportunidade de discutir com o monitor as actividades a desenvolver**”, com a qual *concordaram bastante* 59,4% (n=19) dos alunos inquiridos.

A oitava questão é “**Tive oportunidade de discutir com o monitor o estilo de acompanhamento facultado por ele**”. Obteve como resposta mais frequente e respeitante a 40,6% (n=13) dos inquiridos, o *concordo pouco*, seguida de perto com 34,4% (n=11) de alunos que declararam *concordar bastante* com esta afirmação. Há no entanto um número superior de inquiridos que disseram *concordar pouco ou nada* com esta afirmação (n=19), em contraponto com os que confessaram *concordar bastante ou muito* com esta afirmação (n=13).

Cerca de 65,6% (n=21) dos alunos afirmaram *concordar bastante* com a nona questão “**Conseguí compreender as orientações disponibilizadas pelo monitor**”. Salienta-se que apenas 18,8% (n=6) dos alunos *não concordaram nada ou pouco* com esta afirmação.

A décima questão relaciona-se com a integração dos alunos na equipe ao longo do estágio. Assim à questão “**O monitor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno(s)**”, 59,4% (n=19) dos alunos afirmaram *concordar bastante* e 25% (n=8) *concordar muito*. Não houve qualquer aluno que declarasse *não concordar nada* com esta afirmação.

*Concordo bastante* foi também a resposta mais frequente dos inquiridos (n=19) à questão seguinte “**Na ausência do monitor, senti que a equipe estava a par da minha situação de aprendizagem**”. Houve no entanto cerca de um quarto dos alunos (n=8) que confessaram *concordar pouco ou nada* com a afirmação.

A décima segunda questão teve a *pouca concordância* de 34,4 % (n=11) dos alunos, havendo um quarto que afirmaram *não concordar nada* e um quarto que confessaram *concordar bastante*. A afirmação a que nos referimos é: “**Só tive a opinião do monitor sobre a minha aprendizagem no final do estágio**”.

Cerca de 46,9% (n=15) dos alunos *concordaram bastante* com a décima terceira questão, “**O monitor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas**”, constituindo essa a opinião mais frequente dos alunos inquiridos.

Como resultado das respostas dadas à décima quarta questão do inventário “**As apreciações disponibilizadas pelo monitor estavam focalizadas na minha**

**experiência concreta**", cerca de 46,9% (n=15) dos alunos referiu *concordar bastante*, enquanto 40,6% (n=13) declarou *concordar pouco*.

A décima quinta alínea prendia-se com os momentos de reflexão disponibilizados durante o estágio tendo por base questões do foro ético e deontológico. As opiniões dividiram-se entre os que afirmaram *concordar pouco* (n=12) e os que *concordaram bastante* (n=11) com a afirmação "**Tive oportunidade de discutir com o monitor questões ligadas ao código deontológico da profissão**".

Cerca de 46,9% (n=15) dos alunos *concordam bastante* com a décima sexta questão "**O monitor ajudou-me a desenvolver as competências de relação e comunicação com os doentes e equipe de profissionais**", verificando-se que dos restantes, cerca de um quarto *concordam muito*.

Um outro aspecto em análise era o ambiente proporcionado pelos supervisores durante as sessões de reflexão. Nessa perspectiva 40,6% (n=13) dos alunos declarou *concordar bastante* com a décima sétima questão "**Senti-me descontraído durante os momentos de reflexão sobre o estágio promovidos pelo monitor**", havendo 37,5% (n=12) que dizem *concordar pouco ou nada*.

Uma das principais funções dos supervisores é auxiliar os alunos na tomada de decisões técnicas com vista à sua autonomia gradual. Nessa medida nenhum aluno revelou discordar da décima oitava questão "**Contei com a ajuda do monitor para a tomada de decisões técnicas durante o estágio**", sendo que 50% (n=16) declarou *concordar bastante*, aumentando para 84,4% (n=27) quando a estes adicionamos os alunos que afirmaram *concordar muito*.

Perante a décima nona questão "**Senti que os meus "timings" de aprendizagem foram respeitados pelo monitor**", 62,5% (n=20) dos alunos disseram *concordar bastante*, não havendo qualquer aluno que discordasse.

A vigésima questão é: "**A presença do monitor inibia-me durante a realização dos exames**", com a qual 43,8% (n=14) dos alunos afirmaram *não estar de acordo*, aumentando a percentagem para 68,8% (n=22) quando adicionamos a estes, os alunos que declararam *concordar pouco*.

O exemplo profissional dado pelo monitor era o que estava em causa na vigésima primeira questão. Assim perante a afirmação “**O monitor foi para mim um exemplo de um “bom profissional”**”, 59,4% (n=19) dos alunos foram peremptórios ao asseverar que *concordavam bastante*, não havendo a assinalar opiniões totalmente discordantes.

A questão vigésima segunda “**O monitor preocupou-se em criar um bom “clima de aprendizagem”**” teve o *concordo bastante* como resposta mais frequente com cerca de 65,6% (n=21) dos alunos inquiridos, percentagem que aumentou para os 90,6% (n=29) quando englobamos a estes, os que revelaram *concordam muito*.

A relação entre o supervisor e a Escola esteve em análise na vigésima terceira questão. A opinião da maioria dos alunos dividiu-se entre o *concordo pouco* (n=12) e *concordo bastante* (n=11) relativamente à afirmação: “**Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o monitor de estágio**”

Por fim os alunos foram colocados perante uma questão geral, em que lhes era pedido que reflectindo de uma forma holística sobre o seu processo de supervisão, nos dissessem qual o seu grau de concordância com a seguinte afirmação: “**Fiquei satisfeito com a supervisão do estágio disponibilizada pelo monitor**”. Cerca de 56,3%, que correspondem a 18 alunos, disseram *concordar bastante*, seguidos por aqueles que afirmaram *concordar muito* e aqueles que declararam *concordar pouco*, ambos com 18,7% (n=6). Houve ainda 6,3%, correspondendo a 2 dos alunos inquiridos, que confessaram discordar dessa afirmação.

Apresentamos, em modo de resumo, o quadro 13 com o inventário e a moda atribuída a cada resposta.

**Quadro 13 – O inventário com a moda das respostas dadas pelos alunos**

	Acompanhamento clínico	Pontuação (Moda)		
1	Tive oportunidade de discutir com o monitor os meus objectivos para o estágio			3
2	Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram pertinentes e exequíveis			3
3	Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram mensuráveis		2	
4	Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados, quando o achei necessário		2	
5	O monitor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber a minha opinião sobre o assunto		2	
6	As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estágio de aprendizagem	1		
7	Tive oportunidade de discutir com o monitor as actividades a desenvolver			3
8	Tive oportunidade de discutir com o monitor o estilo de acompanhamento facultado por ele		2	
9	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo monitor			3
10	O monitor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno(s)			3
11	Na ausência do monitor, senti que a equipe estava a par da minha situação de aprendizagem			3
12	Só tive a opinião do monitor sobre a minha aprendizagem no final do estágio		2	
13	O monitor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas			3
14	As apreciações disponibilizadas pelo monitor estavam focalizadas na minha experiência concreta			3
15	Tive oportunidade de discutir com o monitor questões ligadas ao código deontológico da profissão		2	
16	O monitor ajudou-me a desenvolver as competências de relação e comunicação com os doentes e equipe de profissionais			3
17	Senti-me descontraindo durante os momentos de reflexão sobre o estágio promovidos pelo monitor			3
18	Contei com a ajuda do monitor para a tomada de decisões técnicas durante o estágio			3
19	Senti que os meus “timings” de aprendizagem foram respeitados pelo monitor			3
20	A presença do monitor inibia-me durante a realização dos exames	1		
21	O monitor foi para mim um exemplo de um “bom profissional”			3
22	O monitor preocupou-se em criar um bom “clima de aprendizagem”			3
23	Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o monitor de estágio		2	
24	Fiquei satisfeito com a supervisão do estágio disponibilizada pelo monitor			3

Para além das frequências absolutas e relativas e da moda, quisemos analisar as correlações estatísticas que se estabeleciam entre as variáveis do inventário. A correlação entre duas variáveis de escala ordinal foi estimada pelo coeficiente de

correlação de Spearman. Este coeficiente ( $r$ ) mede o grau de correlação entre duas variáveis ordinárias, variando entre os valores -1 e +1. Quando o valor de  $r$  é positivo significa que ambas as variáveis progredem na mesma direcção, quando é negativo, então, as variáveis afastam-se. Aos valores -1 e +1 corresponde uma correlação perfeita entre as variáveis, ao valor 0 a não existência de correlação entre elas, isto implica que quanto maior for a proximidade do valor de +1 ou -1, mais forte será a correlação entre ambas. Para o estudo consideramos apenas as correlações que apresentassem um valor de significância estatística  $P < 0,05$ .

Limitamos a nossa análise às correlações estatísticas existentes entre a variável da questão 24 com todas as restantes, com o intuito de perceber que variáveis condicionam directamente o grau de satisfação dos alunos face à supervisão disponibilizada pelo monitor. Os resultados são apresentados no quadro 14.

**Quadro 14 – Valor de correlação e significância estatística entre a variável 24 e as restantes variáveis do inventário**

Questão	Correlação	
	$r$	$p$
<b>1</b>	<b>0,492</b>	<b>0,004</b>
2	0,347	0,051
3	0,250	0,120
4	0,262	0,148
5	-0,127	0,487
<b>6</b>	<b>-0,416</b>	<b>0,018</b>
7	0,316	0,078
<b>8</b>	<b>0,384</b>	<b>0,030</b>
9	0,257	0,156
10	0,186	0,307
11	0,235	0,196
12	-0,305	0,090
<b>13</b>	<b>0,538</b>	<b>0,001</b>
14	0,190	0,298
15	0,248	0,172
16	0,336	0,060
<b>17</b>	<b>0,431</b>	<b>0,014</b>
<b>18</b>	<b>0,633</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>19</b>	<b>0,555</b>	<b>0,001</b>
20	-0,042	0,818
<b>21</b>	<b>0,806</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>22</b>	<b>0,653</b>	<b>&lt;0,001</b>
23	0,261	0,149

Observando os resultados obtidos verificamos que se estabelecem correlações estatísticas entre a questão 24 e as questões 1, 6, 8, 13, 17, 18, 19, 21 e 22. Os valores dos coeficientes de correlação e de significância estatística que se estabelecem entre a questão 24 e as restantes questões não sugerem outras relações com significância estatística entre as variáveis.

Das variáveis assinaladas como tendo correlação estatística significativa com a variável 24, todas elas apresentam um valor de  $r$  positivo, excepto a variável nº6 que apresenta um valor negativo.

## **2.4 - Momentos significativos**

A quarta parte do inquérito é constituída por três perguntas abertas. Com elas pretendia-se conhecer em maior profundidade o que os alunos realmente pensam sobre as suas experiências supervisivas. Foi nossa intenção aferir a forma como os alunos percebem determinadas situações por eles vividas, atribuindo-lhes uma conotação positiva ou negativa e desse modo estabelecer um padrão de raciocínio e de atitude apresentado pelos alunos, face às estratégias utilizadas na sua orientação clínica.

Para tal foram colocadas três questões nas quais se pretendia que os alunos enumerassem, de acordo com a sua experiência, momentos significativos positivos e negativos ocorridos durante os seus estágios e que na sua óptica tenham influenciado o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Era pedido ainda que relatassem uma situação concreta em que um dos intervenientes fosse o orientador de estágio.

As três questões colocadas foram:

- ✓ Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como agradáveis durante o estágio;
- ✓ Indique três momentos significativos que tenham sido apreciados como desagradáveis;

- ✓ Relate uma situação significativa (positiva ou negativa) na qual o monitor de estágio tenha tido uma intervenção activa.

Obtiveram-se respostas às duas primeiras questões por parte de todos os alunos, excepto um que não indicou situações negativas, apesar de muitos deles serem parcos nas descrições ou não relatarem o número pedido de situações. Quanto à terceira questão apenas responderam 18 dos inquiridos, o que corresponde a uma taxa de 56,25%, havendo 14 que optaram nada indicar (43,75%).

As respostas foram transcritas pelo investigador para um ficheiro informático de forma a facilitar a análise de conteúdo dos textos delas resultantes. A análise de conteúdo é, nas palavras de Amado (2000: 53), uma técnica que procura *“arrumar num conjunto de categorias de significação, o conteúdo manifesto dos mais diversos tipos de comunicações”*. Bardin (1977: 42), por seu turno, define-a como *“um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”*.

Foi feita uma primeira leitura flutuante a todas as respostas dadas pelos alunos inquiridos, de forma a obter uma visão geral do conteúdo das mesmas. Através dessa leitura e de outras subsequentes foi possível identificar dimensões transversais contidas nas respostas.

As dimensões por nós identificadas prendem-se com o objectivo e natureza da investigação. Perante esse cenário foram identificadas cinco dimensões que se relacionam com características do supervisor e áreas de desenvolvimento do aluno que a supervisão deve potenciar. Assim as dimensões encontradas foram:

- ✓ Relação;
- ✓ Autonomia;
- ✓ Modelo Profissional;
- ✓ Planeamento;
- ✓ Suporte supervisorio.

A dimensão **relação** engloba o relacionamento da díade supervisiva e as diversas relações que o aluno desenvolve com os diferentes actores no contexto de estágio.

A dimensão **autonomia** corresponde à tomada de consciência por parte do aluno do desenvolvimento do seu quadro de conhecimentos e a capacidade de prestar, progressivamente, cuidados de saúde sem a ajuda de outros.

A dimensão **modelo profissional** refere-se à observação atenta que o aluno dedica ao desempenho dos vários profissionais e em particular do seu monitor durante o estágio. Da mesma forma que as crianças nos seus primeiros anos de vida percebem o mundo através da visão que lhes é transmitida pelos seus progenitores, imitando os seus actos e reacções perante as mais diversas situações, também no caso dos alunos em estágio estes começam a ter uma visão do mundo profissional através da observação das actividades desenvolvidas pelos seus monitores. Estes deverão ter uma postura e comportamento profissional exemplares aos mais diversos níveis, pois o seu desempenho profissional terá influência nas representações que os alunos estabelecem sobre o que é ser um bom profissional.

Mas não é só o desempenho dos monitores que está a ser alvo da avaliação dos alunos, pois estes no decorrer do estágio observam atentamente todos os profissionais, os contextos envolventes, as relações e os mecanismos de regulação que se estabelecem, de modo a construírem a sua representação sobre a profissão e identificar as expectativas que são criadas acerca do desempenho de um bom profissional, de forma a desenvolverem competências e características que vão ao seu encontro. Trata-se, em suma, de construir a partir da observação do contexto de estágio e do desempenho dos actores que o integram, um modelo de bom profissional.

A dimensão **suporte supervisivo** refere-se ao apoio dispensado pelo supervisor durante todo o estágio. Os alunos apresentam necessidade de suporte a dois níveis: técnico e emocional.

Ao nível técnico os alunos necessitam de apoio no momento em que elaboram o plano de abordagem a cada paciente e em alguns casos na própria execução dos

exames. Necessitam ainda de alguém que com eles reflecta sobre as acções desenvolvidas e sobre a reflexão que empreenderam durante a acção, para melhor compreenderem os mecanismos cognitivos presentes durante o exercício profissional, como nos é descrito por Schön.

No plano emocional o aluno vivência uma panóplia de novas experiências que por vezes o pode afectar do ponto de vista psicológico, necessitando de alguém que o ajude a consolidar as situações vividas. Um dos factores a que o supervisor deve estar atento é aos conflitos que se geram entre os alunos e os restantes intervenientes no ambiente clínico, evitando que essas situações se transformem em experiências traumáticas para os alunos.

A dimensão **planeamento** refere-se ao desempenho pedagógico do monitor. Engloba a organização do estágio bem como as acções pensadas pelo monitor para transformar o ambiente clínico, onde o aluno realiza o seu estágio, num ambiente potencialmente primário, para que o aluno possa concretizar a transição ecológica no decorrer do mesmo.

A tarefa seguinte consistiu em decompor as respostas dos alunos em unidades de registo. Por unidade de registo entende-se fragmentos do texto que quando descontextualizadas não perdem o seu sentido. Foram consideradas como unidades de registo cada momento significativo, positivo ou negativo, descrito pelo aluno. Na questão três considerou-se o episódio descrito pelos alunos como uma unidade de registo.

As unidades de registo foram agrupadas às cinco dimensões supracitadas. Realizaram-se novas leituras atentas e exaustivas a partir das quais foi possível identificar algumas categorias dentro de cada dimensão. As dimensões e as categorias em que foram subdivididas encontram-se descritas no quadro 15.

**Quadro 15 – Dimensões e categorias da análise de conteúdo**

<b>Dimensões</b>	<b>Categorias</b>
<b>Relação</b>	Supervisiva
	Doentes
	Equipe
	Restantes profissionais
<b>Autonomia</b>	Progressão ao nível do conhecimento
	Progressão ao nível do desempenho
<b>Modelo Profissional</b>	Monitor
	Outros profissionais
<b>Suporte Supervisivo</b>	Na prestação técnica
	Na relação com os outros
<b>Planeamento</b>	Estratégia
	Acção

Na dimensão relação foi possível encontrar quatro categorias relacionadas com os diversos actores com os quais os alunos estabelecem relações em contexto clínico.

Na categoria **relação supervisiva** das 9 unidades de registo associadas, 5 reportavam-se a situações positivas.

Na categoria **relação com os doentes** das 5 unidades de registo associadas, 4 reportavam-se a situações positivas.

Na categoria **relação com a equipe** das 9 unidades de registo associadas, 7 reportavam-se a situações positivas.

Na categoria **relação com os restantes profissionais** das 5 unidades de registo associadas, apenas 1 se referia a situações consideradas negativas pelos alunos inquiridos.

No quadro 16 apresentamos as categorias seleccionadas para a dimensão relação ilustradas com um exemplo positivo e outro negativo para cada categoria.

**Quadro 16 – Dimensão relação**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Relação</b>	Supervisiva	<i>“Companheirismo entre monitor e aluno”</i>
		<i>“Indiferença para com o aluno por parte do monitor”</i>
	Equipa	<i>“Bom relacionamento entre os alunos e os Técnicos de Radiologia”</i>
		<i>“Alguns Técnicos ignoram bastante os estagiários”</i>
	Doentes	<i>“Um ponto positivo do estágio é a relação com os doentes”</i>
		<i>“Pouca colaboração por parte dos doentes”</i>
	Outros profissionais	<i>“A acessibilidade dos médicos quando os Técnicos tinham dúvidas”</i>
		<i>“A falta de consideração por parte de alguns médicos em relação ao trabalho desenvolvido pelos Técnicos de Radiologia”</i>

Na dimensão autonomia foram identificadas 2 categorias relacionadas com a progressão apresentada pelos alunos em duas áreas, que no nosso entender, mais contribuem para a obtenção de autonomia profissional: ao nível dos conhecimentos e ao nível do desempenho. De realçar que nesta dimensão das 23 unidades de registo que lhe foram associadas apenas duas possuem uma conotação negativa, pertencendo ambas à categoria do desempenho. No quadro 17 encontram-se as categorias seleccionadas para esta dimensão, ilustradas com um exemplo positivo e outro negativo para a categoria **progressão ao nível do desempenho** e dois exemplos positivos para a categoria **progressão ao nível do conhecimento**.

**Quadro 17 – Dimensão autonomia**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Autonomia</b>	Progressão ao nível do conhecimento	“Quando após o processamento das imagens e visualização das normas, verifico que os critérios de boa realização foram cumpridos na totalidade”
		<i>“Evolução dos conhecimentos teóricos e práticos”</i>
	Progressão ao nível do desempenho	<i>“Primeira realização de um exame sozinha sem ajuda dos Técnicos”</i>
		<i>“Incapacidade de executar os exames correctamente quando em situações de maior pressão psicológica”</i>

Na dimensão modelo profissional foram identificadas 2 categorias, uma relacionada com o desempenho profissional do monitor e a outra com o desempenho dos restantes profissionais de saúde, cujas actividades são observadas atentamente pelos alunos, no decorrer dos seus estágios de educação clínica.

Na categoria relacionada com o **desempenho de monitor**, são maioritários os registos conotados com situações negativas. Das 8 unidades de registo associadas a esta categoria, apenas 3 se referem a momentos considerados positivos pelos alunos.

Na categoria relacionada com o **desempenho dos restantes profissionais** os alunos dão maior ênfase aos aspectos positivos observados, pois das 14 unidades de registo associadas a esta categoria, apenas 4 são consideradas como negativas pelos alunos.

No quadro 18 apresentam-se as categorias seleccionadas para esta dimensão, ilustradas com um exemplo positivo e outro negativo para cada categoria.

**Quadro 18 – Dimensão modelo profissional**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Modelo Profissional</b>	Monitor	<i>“Um doente apresentou reacção alérgica ao contraste. O monitor apressou-se a ajudar o doente explicando-me todos os pontos e medidas a tomar”</i>
		<i>“Os monitores de estágio não admitirem os seus próprios erros, culpabilizando sempre o aluno”</i>
	Outros Profissionais	<i>“Visualização de vários tipos de intervenção, Ambiente de trabalho, Aprendizagem de modo geral.”</i>
		<i>“Muitas vezes os profissionais de saúde andavam com as fardas de bloco em zonas em que não o deviam fazer”</i>

Na dimensão suporte supervisão foram identificadas 2 categorias, uma ligada ao apoio que o monitor presta ao aluno na realização das tarefas relacionadas com as questões técnicas e outra ligada ao apoio emocional que o monitor presta aos alunos nas relações que estabelecem com os outros actores. Uma vez que na

maioria das vezes os alunos se encontram numa posição vulnerável, necessitam do apoio do seu monitor para equilibrar a balança de poder que se estabelece nessas relações.

Na categoria **prestação técnica** das 23 unidades de registo associadas, 15 retratam momentos considerados como positivos e 8 como negativos pelos alunos. Na categoria **relação com os outros** das 6 unidades de registo associadas, 4 referem-se a situações positivas e 2 a situações negativas, no entender dos alunos.

No quadro 19 apresentam-se as categorias seleccionadas para esta dimensão, ilustradas com um exemplo positivo e outro negativo para cada categoria.

**Quadro 19 – Dimensão suporte supervisão.**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Suporte Supervisivo</b>	Na Prestação Técnica	<i>“Durante o estágio em mamografia surgiu um doente internado que não se conseguia levantar. Então o monitor ajudou-me a tomar as precauções necessárias, bem como a posicionar o doente na melhor maneira possível, de forma a obter o melhor diagnóstico”</i>
		<i>“Uma das situações mais significativas (..) é quando o monitor não intervém, ignora o aluno e não se preocupa com a avaliação deste, apenas o repreendendo quando algo não corre bem, coisa que acontece a qualquer um”</i>
	Na relação com os outros.	<i>“No contacto com o doente por vezes a recepção por parte deste para nós estagiários não é a melhor. É de realçar a posição de defesa que o monitor tem perante o aluno”</i>
		<i>“Um médico com modos desagradáveis e mal-educados expulsou-me sem razão aparente da sala de radiologia. O meu monitor assistiu a tudo e nada fez em minha defesa”</i>

Na dimensão planeamento foram identificadas 2 categorias, uma relacionada com a estratégia ou organização do estágio que é da responsabilidade do monitor e a outra com as acções e atitudes de âmbito pedagógico que os alunos observam no seu monitor no decorrer do estágio.

Na categoria **estratégia** das 18 unidades de registo associadas, 15 referem-se a situações consideradas negativas pelos alunos.

Na categoria **acção** das 20 unidades de registo associadas apenas 3 se referem a situações positivas.

Nesta dimensão os alunos referenciaram muitas situações negativas. Este facto poderá estar relacionado com eventuais falhas ao nível da preparação pedagógica de alguns monitores para o desempenho desse papel.

No quadro 20 apresentam-se as categorias seleccionadas para esta dimensão, ilustradas com um exemplo positivo e outro negativo para cada categoria.

**Quadro 20 – Dimensão planeamento**

<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>	<b>Exemplos</b>
<b>Planeamento</b>	<b>Estratégia</b>	<i>“No inicio do estágio ser-me dito quais os objectivos do estágio e o que era esperado do aluno”</i>
		<i>“Ausência de critérios da avaliação, ausência de informação para elaboração de trabalho teórico”</i>
	<b>Acção</b>	<i>“Outro momento significativo foi o colocar a teoria em prática”</i>
		<i>“Desinteresse em explicar ao aluno certos procedimentos técnicos que se deve ter perante potenciais situações de perigo”</i>

### **3 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a apresentação dos resultados, há que interpretá-los, ou seja, atribuir-lhes significado com vista a extrair conclusões que respondam à nossa questão inicial, tendo como pano de fundo o enquadramento teórico que lhe está na génese. A esse propósito Quivy e Campenhoudt (2005:233) relembram que *“os dados sobre que os investigadores trabalham não são realidades em bruto. Só ganham existência através do esforço teórico que os constrói enquanto representações idealizadas de objectos reais (...). O inverso não é verdadeiro: os dados não constroem teorias. Por conseguinte, o trabalho empírico só pode ter valor se a reflexão teórica que o funda também o tiver.”*

#### **3.1 - Caracterização da amostra e dos locais de estágio**

A população do nosso estudo situa-se na faixa etária entre os 20 e os 25 anos, localizando-se a maioria dos alunos entre os 20 e os 23 anos (96,9%), havendo apenas um aluno com 25 anos. Estes resultados enquadram-se no escalão etário característico dos estudantes universitários em Portugal, pois segundo Belo (2003) a formação inicial é geralmente realizada enquanto jovens adultos.

A população inquirida é maioritariamente feminina com cerca de dois terços de representantes. Este resultado reflecte a predominância de estudantes do sexo feminino no Ensino Superior Português em geral e na área da saúde em particular (Martins e Mauritti e Costa, 2005).

A consonância dos inquiridos no nosso estudo com o universo da população de estudantes do Ensino Superior nacional é de igual forma observada em relação ao seu estado civil. Facto que pode ser comprovado pela análise do estudo promovido pela Direcção Geral do Ensino Superior e realizado por Martins e Mauritti e Costa (2005: 31), sobre as condições socioeconómicas dos estudantes do Ensino Superior em Portugal no qual é referido que *“a formação,*

*designadamente no ensino superior, constitui uma etapa que os portugueses, na sua grande maioria, cumprem antecipadamente à vivência de uma profissão e à constituição de um agregado familiar próprio”.*

Uma das condições impostas à partida, ao ser delineado o estudo, era a de que os alunos a inquirir frequentassem o terceiro ano do curso de Radiologia. Os resultados encontrados confirmam a observância dessa condição.

Através da análise dos resultados do inquérito verifica-se a existência de representatividade em todas as áreas técnicas, no último estágio realizado pelos inquiridos.

A carga horária semanal e total de cada módulo de estágio vai ao encontro do que é estabelecido nos regulamentos da disciplina de Educação Clínica I, que a esse respeito determina que cada módulo de estágio deverá corresponder a um período de quatro semanas com uma carga horária de 30 horas semanais, divididas pelos cinco dias úteis da semana.

Os alunos inquiridos encontram-se a frequentar o terceiro ano lectivo do curso de Radiologia. O plano curricular do curso prevê, para além dos módulos de estágio a realizar durante o terceiro ano lectivo, alguns períodos de estágio clínico durante o segundo ano. Deste modo era expectável, tal como os resultados vieram a confirmar, que a maioria dos alunos já tivesse tido a oportunidade de estagiar num local similar ao que estava a ser equacionado.

Ao escolher o mês de Abril de 2007 como a altura para proceder à recolha de dados era nossa convicção que os inquiridos já teriam realizado mais de 50% dos módulos de estágio programados para o ano lectivo, o que lhes permitiria ter contactado com diferentes orientadores, estilos e estratégias de supervisão, estando assim na posse de um conjunto de informações que contribuiria para que o inquirido compreendesse o alcance do que lhe era perguntado. No decorrer do terceiro ano lectivo está previsto os alunos realizarem 8 módulos de estágio. Os resultados do inquérito confirmaram que a maioria já tinha realizado pelo menos metade dos estágios planeados.

A carreira de Técnico de Radiologia é composta por cinco categorias profissionais que por ordem crescente de importância são: Técnico de Radiologia de 2ª classe,

Técnico de Radiologia de 1ª classe, Técnico de Radiologia Principal, Técnico de Radiologia Especialista, Técnico de Radiologia Especialista de 1ª. Os Técnicos de Radiologia que maioritariamente se dedicam à prática clínica são os que possuem as duas categorias base e em menor número os de categoria intermédia. Os detentores das duas categorias mais elevadas dedicam-se normalmente a actividades de planeamento e gestão dos serviços, assim como a maior parte dos Técnicos de Radiologia Principais. Devendo a supervisão dos alunos em estágio estar a cargo dos profissionais que se dedicam à prática clínica, então é expectável que pertençam na sua maioria às duas categorias profissionais mais inferiores. Os resultados vêm confirmar as expectativas criadas, sugerindo que a maioria dos alunos tenham sido efectivamente supervisionados por profissionais que se dedicam diariamente à prática clínica.

### **3.2 - Contexto de aprendizagem**

Pela análise dos dados obtidos realça-se o facto da maioria dos alunos estar satisfeito com a supervisão que lhes foi disponibilizada no decorrer dos seus estágios. Com efeito, observando os resultados obtidos através das respostas à questão nº 24 do inventário, cifra-se em 75%, correspondendo a 24 alunos, os inquiridos que declararam estar bastante ou muito satisfeitos face à supervisão de estágio disponibilizada pelo seu monitor, havendo apenas 2 alunos que consideraram muito negativo o processo supervisivo em que estiveram inseridos.

Na mesma linha situam-se os resultados à questão nº 31 da II parte do questionário, na qual 90,7% dos inquiridos consideraram a orientação das suas práticas clínicas boa ou suficiente (15 alunos consideram-na boa e 14 suficiente), registando-se no entanto a existência de 3 alunos que consideraram essa orientação insuficiente face às suas necessidades.

Um dos factores que, ao analisarmos as correlações que se estabelecem entre as diferentes variáveis que compõem o questionário, influencia directamente o nível de satisfação dos alunos face às suas experiências supervisivas, é o facto do

monitor conseguir criar um bom clima de aprendizagem. Sabendo que o desenvolvimento do aluno é em grande medida resultante da interação com o meio (Bronfenbrenner, 1996), é fundamental que o monitor se preocupe em criar as condições supostamente ideais para que ocorra uma transição ecológica no decorrer do estágio, tornando-se necessário transformar o contexto clínico num ambiente primário que potencie o desenvolvimento do aluno (Portugal, 1994). Alarcão e Tavares (2003: 47) referem a esse respeito que o processo supervisivo deve ocorrer *“envolvido exterior e interiormente por uma atmosfera cognitiva e emocional estimulante, um clima favorável à sua realização”*. Dolan (2003) considera que o comportamento amigável por parte da equipa e a criação de um ambiente em que o aluno se sinta seguro ao colocar questões contribuirá indubitavelmente para maximizar o potencial da aprendizagem clínica.

Também em algumas respostas dos alunos à IV parte do questionário se encontram referências ao contexto clínico. Num desses casos um aluno considera como positivo:

*“Convívio diário com a rotina dos vários serviços de Imagiologia.”* (A03)

Existe um leque de variáveis que o monitor pode manipular de forma a transformar o ambiente clínico, num contexto propício ao desenvolvimento pessoal e profissional do aluno em estágio. O monitor deve estar preparado, antes da chegada do aluno ao estágio, para o processo supervisivo que vai integrar, planeando as estratégias supervisivas que irá pôr em prática no decorrer do mesmo (Steves, 2005). A orientação clínica deve-se iniciar no momento em que o aluno chega ao estágio pela primeira vez, devendo o monitor já ter encetado as providências necessárias para um bom acolhimento. No momento em que são apresentados inicia-se a relação supervisiva. Esta constatação é suportada pelo estudo de Gray e Smith (2000) com alunos de Enfermagem, no qual é referido que para estes é sempre muito importante o trabalho desenvolvido com o seu orientador no primeiro dia de estágio. A importância que os alunos atribuem ao primeiro dia de estágio remete-nos para o estudo de Almeida (2006) no decorrer do qual chegou à conclusão que o início do estágio constitui um dos momentos, onde maioritariamente, ocorrem situações indutoras de stress. A

presença do supervisor poderá servir de mediador das situações vividas no primeiro dia de estágio, contribuindo para atenuar o stress experimentado pelos alunos.

A relação entre o monitor e o aluno não possui um perfil de contornos constantes, mas constitui-se como uma relação dinâmica, não competitiva (Davis,1984) e progressiva ao longo do processo supervisivo (Clements e Mugavin e Capitano, 2005). Mentor e aluno aprendem, crescem e desenvolvem-se no decurso supervisivo, sendo cada um deles motivado e estimulado pelo outro, no desempenho dos seus papéis (Busen e Engebretson, 1999). Earnshaw (1995) afirma que os contornos da relação mudam ao longo do tempo de acordo com a menor necessidade de supervisão por parte do aluno.

No início do processo supervisivo a díade que se estabelece entre o monitor e o aluno é do tipo observacional, possuindo o monitor o controlo quase por completo da relação. Para que o processo formativo seja bem sucedido é necessário que a relação evolua com alguma desenvoltura para uma díade de actividade conjunta, na qual os sujeitos se apercebem como fazendo algo em conjunto (Portugal, 1992), com a gradual transferência de poder na relação do monitor para o aluno, até se estabelecer próximo do equilíbrio (Bronfenbrenner, 1996). A transferência de poder é acompanhada em paralelo pelo aumento de responsabilidade do aluno na sua formação e das actividades que desenvolve. Em alguns casos a relação desenvolve-se até se transformar numa díade de cariz primário, que se caracteriza por uma forte relação de sinal positivo, continuando a existir mesmo quando os membros não se encontram juntos mas mantêm a sua influência (Alarcão e Sá-Chaves, 1994). Apesar de desejável o desenvolvimento da díade até um nível primário, não é condição absoluta para o sucesso do processo supervisivo que assim aconteça, pois na maioria dos casos as díades supervisivas não ultrapassam o estado de actividade conjunta.

Um factor que contribui para o desenvolvimento da relação supervisiva é o diálogo franco e honesto entre os elementos que a compõem. Alarcão e Tavares (2003: 61) referem a este propósito que *“para que o processo de supervisão se desenrole nas melhores condições é necessário criar um clima favorável, uma*

*atmosfera afectivo-relacional e cultural positiva, de entreajuda, recíproca, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, colaborativa e solidária entre o supervisor e o professor*". O desenvolvimento da relação supervisiva deve ser acautelado desde o primeiro momento o que implica que o supervisor defina perante o aluno as regras com que se irá reger o estágio.

Os alunos do nosso estudo apreciaram a conduta dos seus monitores quando assim procediam e reprovaram-na quando agiam em sinal contrário, o que é suportado por algumas das suas respostas às questões abertas do questionário. Como exemplo apresentamos o relato de um dos inquiridos que enumera como positivo:

*"No inicio do estágio ser-me dito quais os objectivos do estágio e o que era esperado do aluno". (A32)*

Na mesma linha um outro aluno dá como exemplo de um momento negativo ocorrido no decorrer do estágio:

*" (...) Ausência de informação para elaboração de trabalho teórico". (A05)*

Ao definirem desde o início as condições e o papel do aluno no estágio, os monitores estão a demonstrar respeito pelo aluno, ao mesmo tempo que aumentam as probabilidades de sucesso do processo formativo, pois é mais fácil ao aluno corresponder ao que lhe é exigido, quando possui conhecimento concreto sobre as exigências (Hulsen, 1989). Gibbon (1989), nos seus estudos, sugere que sejam estabelecidos parcerias de formação escritas entre o supervisor e o supervisionado, nas quais fique explícito os objectivos, o papel do aluno e quais os saberes e competências que devem emergir até ao final do estágio. Esta actuação é corroborada por diversos autores (McAllister, 1996; Lowry, 1997). Chan e Chien (2000) revelam, baseados nos seus estudos, que a celebração de parcerias de formação aumenta a motivação dos alunos, incrementa a aprendizagem individualizada e por consequência os resultados da aprendizagem.

Também através da análise estatística do questionário é possível inferir a importância que os alunos do nosso estudo atribuem ao conhecimento antecipado das regras do estágio. Dos 24 alunos que declararam estar bastante ou muito

satisfeitos com a supervisão de que foram alvo, 23 afirmaram que tinha ficado bem definido o seu papel e responsabilidade durante a sua permanência no serviço ou unidade de cuidados.

Mas será que a simples informação sobre o planeamento do estágio é suficiente, ou será que os alunos querem assumir responsabilidade activa no planeamento do seu processo formativo?

Apoiando-nos nos dados por nós recolhidos a resposta a esta questão tende a ser positiva. Observando as correlações que se estabelecem entre as variáveis do inventário, verificamos que o grau de satisfação dos alunos com a supervisão do estágio, disponibilizada pelo monitor, aumenta quando tem oportunidade de discutir com ele os objectivos do estágio, tornando-os actores sociais activos e em parte responsáveis pela sua formação (Carvalho, 2003; Knowles, 1984; Quinn, 1988).

Richardson (1987) sustenta, nos seus estudos, a ideia de que os alunos que são directamente envolvidos no planeamento das suas actividades de formação adquirem um conjunto de competências que facilitarão a sua adaptação às frequentes alterações que ocorrem no contexto da saúde.

Também Costa (1994) considera que é urgente implicar os estudantes de Enfermagem (e neste caso os do curso de Radiologia) activamente na sua formação. Isso apenas se consegue motivando-os, propondo-lhes desafios aliciantes e na nossa óptica, atribuindo-lhes um papel activo na planificação do estágio. Estas premissas vão ainda ao encontro das teorias actuais sobre a formação de adultos e que defendem que os formandos devem assumir responsabilidade no planeamento e evolução da sua aprendizagem (McBrien, 2006).

Segundo Martin (1991) os alunos não ingressam nos estágios virgens de todo o saber, são dotados de pré-conceitos, que lhes permitem explicar o mundo e um fenómeno, que são diferentes de aluno para aluno de acordo com as suas histórias de vida e percurso formativo. Nóvoa (1992: 13) considera que a formação *“é um espaço de socialização e está marcada pelos contextos institucionais, profissionais, socioculturais e económicos em que cada aluno vive”*.

Desta forma, de acordo com a sua história de vida e percurso de formação, cada aluno que ingressa num local de estágio encontra-se num estágio de aprendizagem diferente. Ao lhe ser dada a possibilidade de negociar os objectivos com o seu monitor, terá a oportunidade de ajudar a estabelecer objectivos que sejam pertinentes e exequíveis, de acordo com o seu estágio de aprendizagem ao iniciar o estágio, e a progressão que é expectável ocorrer com a realização do mesmo.

Evitará, deste modo, que lhe sejam propostas, ao longo do estágio, actividades que sejam irrealistas face ao seu nível de desenvolvimento, constituindo-se estas, no nosso estudo, como um factor que está directamente correlacionado com a diminuição do grau de satisfação com a supervisão de que são alvo.

Mas não é apenas na definição dos objectivos que os alunos querem ter uma palavra a dizer. Eles aspiram poder discutir com o monitor o próprio estilo de supervisão que este lhes faculta, pois como defende Berbaun (1993: 119) *“não existe uma única via para chegar a um determinado estado do saber”*. É possível chegar a essa conclusão ao observarmos que estatisticamente esta é uma das variáveis que contribui para a satisfação dos alunos com a supervisão que lhes foi direccionada.

Esta pretensão dos alunos implica que o monitor possua uma mente aberta de forma a tomar em consideração as sugestões dadas pelos alunos, no sentido de adaptar o seu estilo supervisoivo às necessidades por eles enumeradas, disponibilizando-se a ouvir o que os alunos têm para dizer (Cahill, 1996). Carvalho (2003) define mente aberta como a ausência de preconceitos, de parcialidades ou qualquer hábito que limite a mente e a impeça de considerar novos problemas e de assumir novas ideias, o que implica saber escutar e respeitar diferentes perspectivas. Em suma o monitor deverá ser um profissional reflexivo e pró-activo (Sloan, 1999).

A relação supervisiva desenvolve-se ao longo do estágio, mas para que isso aconteça é necessário que o aluno sinta que pode expressar as suas dúvidas e necessidades de formação, sem medo de represálias por parte do monitor de estágio, ao mesmo tempo que este deve fornecer feedback formativo ao longo de

todo o processo. É nesse sentido que apontam os resultados do questionário quando verificamos que os 6 alunos que ficaram muito satisfeitos com a sua supervisão e 17 dos 18 alunos que disseram ter ficado bastante satisfeitos com a mesma, declararam terem se sentido à vontade durante o estágio para colocar dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda.

Os alunos reconhecem a importância de conhecer a opinião do monitor sobre o seu desempenho ao longo do estágio, como é visível pela resposta de um aluno que considera como um ponto positivo do estágio o facto de:

*“Informarem o aluno da sua situação referente ao estágio (no que diz respeito a se este está a conseguir atingir os objectivos esperados).” (A30)*

No feedback enviado pelo monitor, este não deve centrar os seus comentários apenas em aspectos das actividades desenvolvidas pelo aluno que não correm tão bem, mas também enaltecer os seus progressos, como forma de o incentivar na conquista de novos desafios (Cameron-Jones e O'hara, 1999). Garmston et al (2002: 21) advertem que *“os supervisores deverão estar conscientes (...) nas suas próprias mensagens verbais e não verbais, de modo a promoverem interacções que se pautem por uma comunicação, uma confiança e uma aprendizagem crescentes”*. Os alunos que integraram este estudo concordam com este princípio, uma vez que analisando as correlações que se estabelecem entre as questões que compõem o inventário, observa-se que o facto do monitor equilibrar as suas orientações ao longo do estágio, fornecendo opiniões negativas e positivas tem uma forte correlação positiva com a satisfação que experimentam de forma holística com a sua supervisão.

A transmissão de feedback formativo aos alunos é um factor essencial para o desenvolvimento de competências e destreza profissionais (Fretwell, 1985). É através do feedback dado pelo monitor sobre as suas actividades, que os alunos podem orientar as suas acções futuras (Fachada, 2000). Na investigação desenvolvida por Phillips et al (1996) emerge o feedback como sendo um elemento chave no processo formativo, sendo essa uma das características do orientador de estágio à qual os alunos do estudo maior importância atribuem.

A necessidade de ouvirem da parte dos seus monitores de estágio orientações equilibradas, está bem patente na resposta de um aluno, quando enumera um dos momentos negativos vividos durante o estágio:

*“Críticas negativas por parte de Técnicos em vez de explicarem e ensinarem”.* (A31)

Um outro aluno alude claramente à importância das críticas serem feitas de um modo construtivo e não punitivo, pois segundo ele um dos momentos positivos do estágio é a elaboração de:

*“Críticas construtivas por parte do monitor.”* (A20)

Na mesma linha de pensamento um outro aluno realça a importância que teve para o desenvolvimento das suas competências ouvir:

*“Um comentário positivo transmitido pelo monitor quando merecia.”* (A18)

Quando os alunos não recebem feedback sobre o seu desempenho ao longo do estágio, sendo apenas repreendidos ocasionalmente quando fazem algo considerado como errado pelos seus orientadores, pode resultar numa situação de diminuição da sua confiança e auto-estima (Campbell et al, 1994), conduzindo à desmotivação ao longo do estágio, originando situações de insucesso no final do mesmo. É pois necessário, na óptica dos alunos inquiridos, que os monitores evitem comportamentos como o descrito por um deles:

*“Uma das situações mais significativas na qual o monitor de estágio tenha tido uma intervenção activa é quando o monitor não intervém, ignora o aluno e não se preocupa com a avaliação deste, apenas o repreendendo quando algo não corre bem, coisa que acontece a qualquer um”.* (A04)

Estes resultados vão ao encontro dos encontrados num estudo realizado por Campbell et al (1994) a alunos do curso de Enfermagem no Canadá, o qual apontava as características e comportamentos do orientador de estágio como o factor que maior influência exercia no seu processo de aprendizagem. Segundo esses alunos, um orientador que adoptasse uma postura demasiado crítica constituía-se como inibidor da aprendizagem, causando no aluno o receio de lhe expor as suas dúvidas. Num outro estudo conduzido por Cahill (1995) a alunos do

curso de Enfermagem do Reino Unido, foi indicado como uma das características que define um bom orientador, o facto de produzir críticas construtivas. Também Fretwell (1985) nos seus estudos considerou que o feedback dado pelo orientador é vital no desenvolvimento de competências dos seus alunos. Os estudantes com os quais trabalhou, no seu estudo, salientavam a falta de feedback por parte dos seus orientadores ou quando existia era frequentemente negativo o que, segundo eles, lhes minava a confiança e auto-estima e aumentava o estado de ansiedade perante o estágio.

Um objectivo maior da supervisão das práticas clínicas no curso de Radiologia é apoiar o aluno na transição da condição de estudante para a de profissional, de forma a que a aprendizagem clínica permita desenvolver competências em situações semelhantes e diferentes, com condições e materiais para a tomada de decisões (Simões, 2004). Isso implica adquirir e desenvolver um leque de competências próprias dos profissionais. Uma grande maioria dessas competências é desenvolvida através do treino em situação real, em conjunto com alguém que actue como seu treinador. Nos estágios clínicos que integram o curso de Radiologia esse alguém é o monitor de estágio. Vai nesse sentido a constatação de que o facto de os alunos poderem contar com a ajuda do monitor para a tomada de decisões técnicas durante o estágio, aumenta a sua satisfação face à supervisão disponibilizada. Esta ideia sai reforçada quando se efectua um cruzamento entre a questão 24 do inventário e a questão 15 da II parte do questionário: *O monitor ajudou-me a elaborar o plano de actuação adequado para o doente em causa*. Pelos resultados encontrados verificamos que a totalidade dos alunos que se consideram muito ou bastante satisfeitos face à supervisão recebida, tinham contado com a colaboração técnica do seu monitor.

Pelo contrário os alunos que não ficaram nada satisfeitos com a supervisão recebida afirmaram não ter podido contar com essa colaboração. A disponibilidade e capacidade para orientar os alunos em questões técnicas revela-se desta forma fundamental, na óptica dos formandos, no perfil de características dos monitores.

Estes resultados vão de encontro aos produzidos pelo estudo de Belo (2003: 182) a partir dos quais a investigadora afirma que *“a demonstração é uma estratégia que os alunos valorizam, porque no ensino clínico a aprendizagem também se realiza através da demonstração, muitas das vezes envolvendo já o aluno em acção.”* Também Simões (2004) nos seus estudos chegou à conclusão que as demonstrações constituem um processo estratégico valioso, dado que os alunos aprendem colaborando, ou apenas observando a exemplificação do seu supervisor. Por seu turno, Wiseman (1993) argumenta que muitas das competências inerentes ao exercício profissional são complexas, podendo implicar a necessidade do orientador realizar várias demonstrações antes do aluno estar apto a realizá-las.

A necessidade sentida pelo aluno de suporte técnico dos seus monitores vai assumindo características diferentes ao longo do estágio e de acordo com a progressão de conhecimentos por ele evidenciados. Esta constatação é apoiada pelos estudos de Queirós (2000) nos quais é referido que o aluno começa por desenvolver a capacidade de tomar decisões com uma visão limitada das opções, mas com o decorrer do tempo vai alargando o seu leque de opções tendo a capacidade de diferenciar benefícios para cada uma delas.

Numa primeira fase, enquanto díade observacional, o aluno tem necessidade de visualizar o desempenho do monitor, para posteriormente o imitar:

*“Uma situação significativa (que acaba por acontecer em todos os estágios) é aquela em que o monitor acaba por fundamentar em termos práticos e em frente do aluno, tudo o que o aluno aprendeu nas aulas teóricas do respectivo curso, sendo que o resultado deste procedimento é uma maior preparação do aluno para a vida profissional”.* (A01)

Ao longo do estágio os alunos vão desenvolvendo capacidades e competências que lhes permitem executar autonomamente alguns exames, continuando a necessitar da ajuda do monitor para casos menos usuais:

*“Ajuda por parte de um monitor na realização dos exames a um doente politraumatizado e posterior explicação dos procedimentos utilizados.”*  
(A08)

*“Durante o estágio em mamografia surgiu um doente internado que não se conseguia levantar. Então o monitor ajudou-me a tomar as precauções necessárias, bem como a posicionar o doente na melhor maneira possível, de forma a obter o melhor diagnóstico.” (A10)*

Para que o monitor possa demonstrar e orientar o aluno nas suas tarefas técnicas é necessário que ele próprio seja tecnicamente capaz, indo ao encontro de Carvalhal (2003) que realça como fundamental que o orientador clínico, para além de ser portador de conhecimentos científicos e ser capaz de transferi-los para situações concretas dos cuidados, seja também capaz de executar as técnicas e habilidades exigíveis à prática da profissão.

Quando o monitor não está disponível para orientar o aluno, está a por em risco o sucesso do processo supervisivo, como é fácil de perceber através do relato seguinte:

*“No estágio de Bloco Operatório ter sido tão mal acompanhada pelos monitores e ignorada pelos outros Técnicos, sem explicações quer das cirurgias quer do equipamento. Como consequência acusaram-me de desinteresse pelo estágio, reprovando-me quando o próprio desinteresse adveio dos próprios monitores pelos alunos.” (A32)*

Jones et al (2001) investigaram os efeitos do contacto com o mentor em alunos do curso inicial de Enfermagem. Os resultados demonstraram que quando o orientador não estava presente durante as actividades clínicas do aluno, a qualidade dos cuidados desenvolvidos por este se ressentia. Sugere deste modo que o insucesso do aluno e do orientador coincidem na aprendizagem em contexto clínico, repercutindo-se negativamente no desenvolvimento profissional do aluno.

No estudo efectuado por Cahill (1996) os alunos que nele participaram queixavam-se pelas poucas oportunidades que lhes foram oferecidas para trabalharem em conjunto com o seu orientador. Atribuía esse facto aos vários papéis que os orientadores desempenham nas organizações, enquanto prestadores de cuidados, o que lhes deixa pouco tempo para a tarefa de orientar os alunos. Também em Simões (2004), num estudo que envolveu enfermeiros

cooperantes, reconhece que a sobrecarga de serviço conduz a uma supervisão deficitária, levando a que seja mais fácil, ao orientador de estágio, fazer do que ajudar e orientar a fazer.

Apesar de ao longo do estágio se tornar menos frequente a intervenção do monitor em relação à orientação de procedimentos técnicos, ele deverá estar sempre presente e atento ao desenrolar das actividades do aluno, pois por um lado os alunos em estágio não desempenham tarefas mas desenvolvem formação (Abreu, 2003) sendo sempre sua a responsabilidade sobre a qualidade final do exame, e por outro, há sempre a probabilidade de surgir uma situação que ponha em risco a segurança dos doentes e exija uma rápida intervenção da sua parte, como no episódio aqui relatado:

*“Um doente apresentou reacção alérgica ao contraste. O monitor apressou-se a ajudar o doente explicando-me posteriormente todos os pontos e medidas a tomar.” (A16)*

Gray e Smith (2000) num estudo realizado com alunos de Enfermagem na Escócia, revela que as expectativas dos alunos ao iniciar o estágio são as de terem um supervisor em exclusivo para eles, o qual estará sempre disponível para os orientar. A realidade no entanto é bastante diferente o que faz com que os alunos se sintam frustrados e desamparados em consequência das elevadas expectativas que alimentavam.

Para a construção de uma relação supervisiva harmoniosa e frutuosa é necessário despende tempo e esforço, não sendo portanto de surpreender que os alunos privilegiem o contacto constante com o seu monitor durante o estágio. Apontam nesse sentido os elementos colhidos através do inquérito pois dos 24 elementos que disseram ter ficado bastante ou muito satisfeito com a supervisão dispensada, 19 afirmaram que lhes foi proporcionada supervisão durante todo o estágio pelo monitor ou grupo de monitores nomeados para o efeito. De salientar que os 2 alunos que não ficaram nada satisfeitos com a supervisão que lhes foi proporcionada, nem sempre foram acompanhados pelo seu supervisor.

A estratégia utilizada pela Escola em estudo na supervisão dos estágios clínicos dos seus alunos, contempla a nomeação de um monitor por local de estágio ou de

um conjunto de monitores, conforme as características de cada local. Quim (1988) considera a utilização de múltiplos monitores ineficiente, pois segundo ele verificase uma diluição da responsabilidade. No entanto situamo-nos na perspectiva de Woodrow (1994), que apresenta como principais vantagens o contacto com diferentes perspectivas e maior probabilidade de trabalhar sempre em conjunto com um monitor.

Cahill (1996), nos seus estudos, aponta como fonte de insatisfação dos alunos face ao acompanhamento de que são alvo, a falta de contacto com os seus orientadores de estágio. Também na investigação que encetamos encontramos sinais dessa insatisfação nas respostas dos inquiridos. Alguns alunos referiram como momentos significativamente negativos ocorridos durante o estágio, a falta de acompanhamento a tempo inteiro por parte do monitor de estágio. Como exemplo citam-se alguns casos em que os alunos referem ter sido negativo:

“Não ter tido uma pessoa que me acompanhasse durante todo o estágio”.  
(A09)

“Estágios em que não há apoio por parte do monitor.” (A19)

“Em quatro semanas, estar apenas 12 horas com o monitor de estágio.”  
(A21)

“Em certos locais de estágio desacompanhamento dos monitores de estágio.” (A32)

Em contrapartida, os casos em que o aluno tem um acompanhamento contínuo é visto como algo significativamente positivo. Há um claro desenvolvimento da relação supervisiva, como se comprova pelo testemunho de um dos inquiridos:

“No Serviço de Radiologia Central do (...) tive a sorte de um acompanhamento e avaliação continua por parte da monitora e auxílio quando enfrentava duvidas, bem como o à vontade com que a Técnica me permitia efectuar os exames.” (A03)

Quando o monitor faz um acompanhamento continuo das praticas desenvolvidas pelo aluno apercebe-se da sua evolução, estando ciente das competências que o supervisionado adquiriu com mais facilidade e as deficiências que apresenta em

matéria de formação. Deste modo o monitor pode ir colocando desafios cada vez mais exigentes ao aluno de modo a fomentar o seu desenvolvimento (Cameron-Jones e O'Hara, 1999), sem correr o risco de propor desafios demasiado exigentes para o estado de desenvolvimento por ele apresentado. Ao assim proceder o monitor está a desempenhar com eficácia o papel de patrocinador de experiências de aprendizagem.

Daloz (1986), nos seus estudos, considera que o sucesso da aprendizagem em contexto clínico reside na capacidade do supervisor em estabelecer um equilíbrio entre o suporte que oferece ao aluno e os desafios que lhe coloca. Enquanto que o suporte faz emergir no aluno o sentimento de que não estão só, que há alguém que se preocupa com ele e está ali pronto a ajudá-lo a alcançar os objectivos; os desafios, por seu turno, colocam pressão sobre o aluno, enfatizando a lacuna que existe entre o que ele é capaz de realizar no presente e o que necessita ser capaz de realizar no futuro.

Estas considerações de Daloz remetem-nos para os estudos de Vygotsky e da sua definição de zona de desenvolvimento proximal que, como referimos no capítulo dedicado ao enquadramento teórico do nosso estudo, seria a distância entre o nível de desenvolvimento real e o desenvolvimento potencial, sendo que este *“refere-se à capacidade da pessoa realizar aprendizagens com a participação de terceiros”* (Abreu, 2007: 120). O trabalho de suporte encetado pelo supervisor incidirá ao nível da zona de desenvolvimento potencial. Abreu (2001, 2003), Ribeiro (1995) e Costa (2002) identificaram um conjunto de fenómenos de natureza sociocultural tais como: Identidade profissional, socialização profissional e formação para os valores, que se devem considerar ao nível da zona de desenvolvimento proximal. Desta forma a conduta profissional do supervisor vista pelo aluno como um modelo a imitar, as acções de socialização profissional, que podem assumir formas tão simples como a inclusão deste no grupo de profissionais que se desloca ao bar para tomar um café até ao envolvimento nas reuniões de serviço, as demonstrações da execução técnica, a reflexão realizada em conjunto, são factores que contribuirão para a ocorrência de níveis mais elevados de aprendizagem. Com uma atitude empenhada, activa e atenta, o supervisor apercebe-se do estágio de aprendizagem do aluno e pode ir

doseando os desafios que lhe coloca com o tipo de suporte que ele evidencia necessitar, de acordo com os seus próprios tempos de aprendizagem.

O respeito pelos timings de aprendizagem do aluno por parte do monitor constitui-se, de acordo com os dados recolhidos, como mais uma variável que contribui directamente para o aumento da satisfação dos alunos face à supervisão que lhes é facultada, tal como podemos inferir da análise dos resultados relativos às correlações que se estabelecem entre as variáveis do inventário. Este dado é corroborado pelo depoimento de um aluno que se queixa da:

*“Pressão por parte dos Técnicos enquanto executava com tranquilidade e eficiência os exames.”*

Quando a pressão é demasiado elevada pode originar stress psicológico, e este a certos níveis, de acordo com Garmston et al (2000), limita a cognição e as capacidades para a tomada de decisão.

As experiências clínicas só se constituirão como momentos de aprendizagem se o aluno tiver a possibilidade de reflectir sobre elas tendo por base um referente teórico. É da interacção entre o conhecimento teórico e o conhecimento da prática que se constrói o conhecimento profissional (Infante e Silva e Alarcão, 1996). A esse respeito Abreu (2003: 9) considera que *“A clínica é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a acção”*. Os espaços dedicados à reflexão permitem ao orientador compreender melhor como cada aluno se forma, ou seja, *“compreender como cada um se apropria do seu património vivencial”* (Nóvoa, 1988: 14). Dos estudos de Fonseca (2004: 114) emerge, como estratégia facilitadora da reflexão e da aprendizagem, a formulação de *“questões que despertem o desconforto, que incentivem a análise crítica e promovam a reorganização cognitiva”*.

O monitor de estágio deve promover espaços de reflexão em conjunto com o aluno, desmembrando as acções por ele executadas e voltando a reconstruí-las à luz do quadro teórico que as sustenta, discutindo com ele os mecanismos de pensamento pelos quais se regeu aquando da realização do exame. Trata-se de reflectir, tal como é preconizado por Donald Schön, sobre a acção e sobre a

reflexão na acção, enfatizando as racionalidades que emergem da prática clínica. Ao assim proceder o monitor está a contribuir para a formação de profissionais reflexivos (Alarcão, 1996).

Mas será que os alunos do curso de Radiologia sentem a necessidade de reflectir sobre as actividades desenvolvidas durante o estágio?

Uma vez que alguns alunos apresentam como situações negativas ocorridas durante o estágio a:

*“Contradição entre os conteúdos adquiridos teoricamente e os aplicados na prática.” (A08)*

Então é lícito inferir que os alunos sintam necessidade de verem consagrados momentos de reflexão conjunta com o seu monitor, de forma a que ele os auxilie a analisar, à luz dos referentes teóricos que estão na génese da profissão, as práticas desenvolvidas no decorrer do estágio, contribuindo para diminuir o fosso entre a teoria e a prática.

Canário (1997) defende que o desajustamento entre o que foi ensinado a nível da formação inicial e as práticas profissionais observáveis só ocorre porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de aplicação.

Abreu (2001), nos estudos que empreendeu com alunos do curso de Enfermagem, reconhece que o saber teórico não é normativo tendo achado particularmente relevante no seu estudo encontrar *“no discurso dos alunos, a alusão à importância dos saberes teóricos para o desenvolvimento da prática profissional, mas igualmente a constatação que os mesmos não comportam referenciais operatórios directos com as práticas”* (Abreu, 2001: 236).

Na mesma linha de pensamento Usher e Bryen (1992: 87) referem que *“a teoria não se projecta como um conhecimento generalizado e abstracto aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática”*. Nesse pressuposto é clara a necessidade que os alunos do curso de Radiologia têm de reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo do estágio. Também Cruz (1994) defende nos seus estudos que a teoria não deve

estar desligada da prática, correndo o risco de se converter numa teoria no vazio ou um empirismo desconexo.

A reflexão não envolve apenas os aspectos teóricos e práticos da profissão, mas é bem mais profunda e abrangente, ajudando a criar no aluno uma representação holística da profissão. Vão nesse sentido os estudos de Morna (1995) considerando que deverão ser dadas condições e momentos, durante o estágio clínico, que permitam o diálogo e o envolvimento entre supervisor e aluno, necessários à sua valorização e crescimento. Pois é importante não esquecer, como nos recorda Canário (1992: 35) o *“carácter reflexivo e apropriativo dos percursos individuais de formação, em que o desenvolvimento pessoal e de desenvolvimento profissional aparecem como não dissociáveis”*.

Para que os momentos de reflexão conjunta sejam profícuos é preponderante que sejam realizados num clima apropriado. Para tal o supervisor deve criar as condições necessárias para que tal aconteça. Para além do cuidado na escolha do local, o monitor deve promover um clima de confiança e segurança entre ele e o aluno de forma a que este se sinta desinibido e sem receios. Em suma, também nos momentos de reflexão, o orientador clínico deverá ter a preocupação de disponibilizar ao aluno um ambiente potencialmente primário (Bronfenbrenner, 1996), no sentido que seja convidativo à reflexão crítica, de forma a que ele se possa desenvolver pessoal e profissionalmente. É nesse sentido que aponta a análise das correlações que se estabelecem entre as várias questões que compõem o inventário, quando se verifica que uma das variáveis que influencia a satisfação dos alunos face à supervisão facultada, é sentirem-se descontraídos durante os momentos de reflexão sobre o estágio promovidos pelo monitor.

Um dos objectivos de qualquer estágio clínico é dotar o aluno de conhecimentos e competências que lhe permitam realizar as tarefas com autonomia. Esta vai sendo adquirida gradualmente, sendo que os alunos ao aperceberem-se dos seus progressos interiorizam-nos como momentos particularmente importantes ocorridos durante os estágios, galvanizando-os para enfrentarem desafios mais complexos. Os alunos admitiram através das suas respostas que se sentiram particularmente contentes durante a:

*“Primeira realização de um exame sozinha sem ajuda dos Técnicos.” (A18)*

Ou então:

*“Quando após o processamento das imagens e visualização das normas, verifico que os critérios de boa realização foram cumpridos na totalidade.” (A01)*

*“Ter estado sozinho no bloco e ter dado conta do recado.” (A09)*

O monitor desempenha um papel decisivo na conquista da autonomia por parte do aluno. A partir de um processo supervisivo bem estruturado e pensado em função de cada aluno e de cada local de estágio, em que o supervisor seja uma figura presente, disposto a ouvir e apoiar o aluno sempre que o necessite, orientando-o com base em críticas construtivas e reflectindo com ele sobre as suas práticas, os alunos atingem padrões de autonomia mais elevados.

O estilo de acompanhamento facultado pelo orientador irá ser decisivo neste campo, tal como se ilustra no episódio seguinte:

*“Estive num local de estágio onde os monitores estavam muito presentes e deixavam-me à vontade. Quando estava a realizar um exame em que o doente estava um pouco alcoolizado, o doente não estava muito em si, a primeira coisa que o meu monitor me avisou foi para eu ter muita atenção com esse doente, para eu não me preocupar que ele iria estar sempre ao meu lado e que iria ajudar caso necessitasse, pois ele queria que eu realizasse o exame sozinha para obter alguma experiência profissional, no caso de mais tarde me deparar com uma situação semelhante já estar preparada para a enfrentar.” (A18)*

Um papel desempenhado pelos monitores do curso de Radiologia, que não é consensual na literatura da especialidade (Cahill, 1996), é o de funcionarem como avaliadores formais do desempenho dos alunos no decorrer do estágio. A avaliação é entendida por Hadji (1994) como um conjunto de actividades que visam atribuir um juízo de valor, *avaliação sumativa*, ou um juízo que permita ao professor aferir a que nível os objectivos da formação e aprendizagem estão a ser

atingidos pelos formandos, e a estes, aperceberem-se do seu percurso formativo, dos seus êxitos e insucessos, *avaliação formativa*.

Alguns autores como Lee, (1989) defendem que deverá ser o orientador de estágio a realizar a avaliação sumativa do aluno, pois só ele possui uma visão holística dos conhecimentos, competências e capacidades que o aluno desenvolveu no decorrer do mesmo, outros autores defendem que o orientador deve estar arredado desse papel (Anforth, 1992; Armitage e Burnard, 1991), pois segundo eles esse seria um factor que iria condicionar o desenvolvimento de uma relação de proximidade entre o aluno e o monitor. Essa mesma condicionante foi referida por Pereira (1996) nos seus estudos, nos quais constatou que o maior obstáculo à comunicação assertiva na relação interpessoal entre docentes e alunos na prática clínica de Enfermagem é a avaliação sumativa. Também Simões (2004) refere no seu estudo que os Enfermeiros cooperantes sentem muitas dificuldades ao realizarem a avaliação dos alunos em ensino clínico. Indicam que a avaliação nem sempre é bem compreendida pelo aluno considerando-se este, por vezes, alvo de injustiça. Por seu turno, Alarcão e Tavares (2003) consideram a avaliação importante no processo de formação e salientam que esta, enquanto meio utilizado na supervisão, tem de obedecer a critérios justos e rigorosos. Abreu (2003: 58) considera que a avaliação deve ser uma actividade conjunta entre os orientadores e o docente da disciplina em que *“ambos devem assumir as suas responsabilidades na avaliação (rigorosa) dos alunos no contexto das práticas, conciliando uma postura humanista com a necessidade imperiosa de promover práticas de saúde seguras e de qualidade”*.

Não obstante esta diferença entre os teóricos, no modelo do curso de Radiologia analisado, cabe em exclusivo aos monitores de estágio a tarefa da avaliação sumativa dos seus supervisados.

Uma vez que esta função pode condicionar o desenvolvimento da relação supervisiva é necessário que os monitores tenham alguns cuidados para minimizar esse risco. Da análise dos dados provenientes das respostas ao questionário é possível inferir algumas condutas que o monitor deve respeitar

para diminuir o impacto desse papel sobre todos os outros que lhe estão destinados.

Como descrevemos anteriormente a informação transmitida no início do estágio é muito importante para o sucesso do processo supervisivo. Ao serem estabelecidos no início do estágio os objectivos a atingir, o desempenho que se espera dos alunos, os critérios de avaliação a que estão sujeitos bem como as indicações para a realização do relatório escrito, estão criadas as bases para uma relação de confiança, podendo o aluno gerir a sua formação de forma a satisfazer os requisitos pré-estabelecidos. Infelizmente nem sempre assim acontece transformando a falta de informação num facto de impacto negativo para o aluno. É nesse sentido que vão as declarações de um aluno que considerou como significativamente negativo a atitude do seu monitor que se pautou pela:

*“Indiferença para com o aluno por parte do monitor; Ausência de critérios da avaliação; Ausência de informação para elaboração de trabalho teórico.”*  
(A05)

Os critérios de avaliação estabelecidos devem ser claros e objectivos para que não fique a pairar na mente do aluno a suspeita que a sua avaliação final foi resultado da apreciação de factores dúbios, como é o caso deste aluno:

*“A avaliação da personalidade em vez dos conhecimentos teóricos e práticos do aluno.”* (A06)

Também no estudo realizado por Belo (2003) encontramos elementos nesse sentido. Os alunos que participaram no estudo por ela elaborado criticaram a maneira como foram avaliados, não tanto pela classificação, mas pela forma como se desenrolou o processo.

Sendo o estágio realizado durante um período de 4 semanas, em que é elaborado um plano de acção com o objectivo de gradualmente desenvolver determinadas competências nos alunos, faz todo o sentido que a avaliação quantitativa final reflecta os progressos verificados ao longo do estágio e não esteja apenas condicionada pelo desempenho do aluno em alguma espécie de exame no seu final. Deve ficar bem claro na mente do aluno, no início do estágio, que a avaliação quantitativa será em grande medida o reflexo da avaliação contínua que

o monitor faz das actividades desenvolvidas ao longo do estágio, o que implica um acompanhamento contínuo do aluno por parte do seu monitor. Nos casos em que assim não acontece, o momento de avaliação final é impregnado por um ambiente de tensão que não é desejável, pois pode conduzir à inibição cognitiva do aluno. É o que acontece quando se está perante uma situação como a relatada:

*“Quando nas avaliações os monitores davam a entender que toda a nossa nota estava em jogo, como se o nosso trabalho ao longo do mês não contasse.” (A26)*

Estando atribuído o papel de avaliador ao monitor, no modelo escolhido para supervisionar as práticas dos alunos do curso de Radiologia, então é fundamental que este se prepare para o momento de avaliação. Ao cruzarmos os resultados da questão 24 do inventário com a questão número 30 da II parte do questionário, verifica-se que entre os 87,5% dos alunos que sentiram que o seu monitor estava preparado para o momento de avaliação, encontravam-se todos aqueles que ficaram bastante ou muito satisfeitos com a supervisão que lhes foi facultada, enquanto que os alunos que não ficaram nada satisfeitos com a sua supervisão situam-se entre os alunos que não sentiram a preparação necessária por parte do monitor para o momento de avaliação. Deste resultado é possível inferir que esta característica do monitor tem influência sobre a satisfação que os alunos experimentam face à supervisão de que foram alvo.

Um outro aspecto do estudo que é digno de registo e reflexão, é o facto da dimensão planeamento possuir um número de unidades de registo respeitantes a momentos conotados como negativos muito superior aos registos de situações positivas. Esta dimensão está directamente relacionada com as competências pedagógicas apresentadas pelos monitores, sendo neste domínio que tradicionalmente os orientadores de estágio se encontram menos preparados (Carvalho, 2003). Alarcão e Tavares (2003) avisam que ao supervisor não basta dominar os conteúdos, mas deve possuir igualmente boa formação em termos de ciências de educação e didáctica, nomeadamente em metodologias de ensino. Carvalho (2003) define a formação pedagógica que o orientador clínico deve

possuir como aquela que diz respeito ao funcionamento global do processo ensino aprendizagem e aos passos específicos para o desenvolvimento de todo o processo. Na mesma linha de pensamento Abreu (2003) considera que para um ensino clínico efectivo das vertentes clínicas, é necessário que os orientadores de estágio compreendam os mecanismos envolvidos na prática clínica, reconheçam os problemas da aprendizagem e dominem métodos para promoverem uma boa aprendizagem em contexto clínico.

Na perspectiva de formação em parceria deveria pertencer à Escola a incumbência de fornecer formação adequada aos profissionais que orientam os estágios dos seus alunos, no sentido de os dotar de competências pedagógicas, de forma a poderem desempenhar com eficiência e eficácia as suas funções. No entanto as Escolas têm-se demitido dessa obrigação, tal como reconhece Abreu (2003) em relação às Escolas de Enfermagem, centrando as suas atenções em outras áreas. Na maioria dos casos, os monitores adquirem competências pedagógicas apenas pela experiência (Andrews e Wallis, 1999), numa lógica de tentativa – erro. Abreu (2003) reconhece o paradoxo que a situação comporta e sugere que sejam proporcionados programas específicos de formação aos orientadores das práticas clínicas com o objectivo de desenvolver as suas competências pedagógicas e colaborar na formação de novos profissionais.

O registo significativamente superior de situações negativas nesta dimensão levamos a inferir que, também no caso estudado, a maioria dos monitores de estágio apresenta défices ao nível das competências pedagógicas. Com uma referência feita por um aluno se ilustra a falta de preparação pedagógica de que padecem alguns monitores:

*“Um momento significativo que tenha apreciado como desagradável, é o monitor chamar a atenção do aluno em tom alto em frente ao doente.”*

(A23)

Os nossos resultados vão ao encontro dos obtidos por Belo (2003), em cujo estudo os alunos consideraram que o conhecimento do orientador de estágio sobre as metodologias, estratégias e conteúdos da formação foi insuficiente.

### 3.3 - Contexto psicossocial

A par de orientação em aspectos técnicos e pedagógicos os alunos necessitam igualmente de suporte ao nível psicossocial. Os sentimentos e emoções que experimentam ao longo do estágio são por vezes confusos e contraditórios, pois convivem diariamente com histórias de vida ou de morte envolvendo seres humanos (Crozier, 1993), levando a que os alunos experimentem alguns estados de desordem emocional. Os contextos de aprendizagem são espaços onde tudo se revela novo para os alunos, não conseguindo por vezes assimilar correctamente todas as condicionantes que lhes são apresentadas. As relações que se estabelecem em ambiente clínico nem sempre se afiguram fáceis pois, as organizações de saúde estão imbuídas em contextos sociais complexos onde coexistem tecidos sócio-culturais, racionalidades e ideologias distintas (Abreu, 2001). Canário (1997) sublinha que a prestação de cuidados de saúde se constitui, nos dias de hoje, num campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação. Estabelecendo um paralelo com o que se passa a nível das escolas, as actuais alterações bruscas e repentinas reestruturações nas relações entre as unidades de saúde e o poder político e social, encontram eco em Petitat (1994) que reconhece caracterizarem-se por inúmeras lutas de influência.

Em adição, aos profissionais de saúde é exigido pela sociedade actual que sejam *“detentores de um elevado número de conhecimentos, capacidade de resolução de problemas de forma criativa, e grande competência técnica, relacional e cultural, no sentido de responder com qualidade às necessidades sociais e constantes apelo à mudança”* (Pires et al, 2004: 114). Em resultado destas pressões, os alunos no decorrer dos estágios experimentam, não raras vezes, estados emocionais que se pautam pela ambiguidade e turbulência, necessitando de alguém que se constitua como suporte das suas experiências psicossociais.

Yoder (1990) divide o rol de papéis atribuídos ao mentor em duas dimensões: instrumental/profissional e psicossocial. Entre os papéis atribuídos à esfera psicossocial enumera os de conselheiro, integrador, modelo profissional e

companheiro. A estes, poderíamos ainda acrescentar outros papéis consensualmente atribuídos ao mentor pela literatura da especialidade, tais como: socializador, mediador de conflitos relacionais ou “psicólogo”. De acordo com Teixeira (2000) a relação entre o aluno e o seu supervisor, quando este se mostra amigo e o ajuda a superar as dificuldades, permite-lhe fortalecer o seu lado humano.

Não haverá um verdadeiro suporte psicossocial se não existir uma boa relação no seio da díade supervisiva. Relembrando o enquadramento teórico, que serve de orientação para a presente investigação, verificamos que a maioria das questões supervisivas gravitam à volta da relação entre os seus membros. Também Spouse (1996) conclui, no seu estudo, que o elemento mais importante no contexto clínico é a relação supervisiva.

Uma atitude positiva em relação ao outro e o respeito mútuo são as bases em que se devem fundamentar uma boa relação supervisiva (Cahill, 1996). Nos estudos encetados por Earnshaw (1995) emerge a ideia de que quando a relação se baseia na parceria e no respeito mútuo resulta em efectiva aprendizagem clínica. Os alunos que participaram no seu estudo destacam o suporte oferecido pelo orientador clínico como o elemento chave do processo, contribuindo para a redução do stress ao mesmo tempo que lhes proporciona sentimentos de pertença ao serviço.

A importância da relação é reconhecida quer por supervisados, quer por supervisores. Na investigação encetada por Simões (2004), com enfermeiros cooperantes, verifica-se que também estes atribuem grande importância à relação em contexto supervisivo. Na mesma linha, Fonseca (2004), num estudo em que participaram docentes de Enfermagem com responsabilidade na supervisão de estágios clínicos, verificou que a relação pessoal com o supervisor assumia um lugar de destaque nas referências dos participantes.

Os alunos inquiridos no nosso estudo partilham desta opinião, como se pode concluir através das várias referências observadas à relação supervisiva. Eles consideraram como positivo as situações de:

“Boa relação estabelecida com alguns monitores” (A29)

*“Companheirismo entre monitor e aluno.” (A17)*

*“Cumplicidade com o monitor.” (A24)*

Pelo contrário, situações como aquela que a seguir se apresenta e que foi considerada, pelo aluno que a descreveu, como um momento negativo ocorrido no decorrer do estágio, constituem-se como exemplo claro de uma relação supervisiva onde não existe respeito do monitor em relação ao aluno, minando as hipóteses de um envolvimento relacional mais profundo:

*“ (...) A relação que alguns técnicos possuem com os alunos, designando-os por “escravos”.” (A23)*

Por vezes nem é necessário que o problema relacional se passe com o próprio aluno. O simples facto de um aluno observar o mau relacionamento existente entre um monitor e um outro colega de estágio é o suficiente para o marcar negativamente, tal é a importância atribuída à relação supervisiva. A esse propósito apresenta-se o relato de um aluno:

*“No meu caso não tenho nenhuma situação quer positiva, quer negativa a mencionar. No entanto “presenciei” uma situação bastante negativa por parte de alguns monitores relativamente a uma colega, tendo os respectivos monitores não respeitado os problemas pessoais graves que ela ultrapassava, mostrando-se bastante insensíveis e incompreensíveis, acabando por prejudicar a sua avaliação.” (A30)*

O sucesso da relação supervisiva constitui-se deste modo como a chave para um bom suporte psicossocial por parte do supervisor em relação ao aluno.

Os alunos encontram-se receosos e expectantes no momento de iniciarem um novo módulo de estágio, pois para eles tudo se afigura novo e desconhecido (Gray e Smith, 2000). Cabe ao monitor encetar as acções necessárias para integrar o aluno no ambiente de estágio, ou seja facilitar a sua socialização. Ao monitor é reservado o papel de imprimir nos alunos elementos morais e intelectuais em harmonia com a estrutura profissional (Petitat, 1994). Nesse domínio o monitor deve promover, no início do estágio, uma acção específica que vise fomentar a integração do aluno no serviço, de modo a que este se familiarize

com o espaço, as rotinas, as expectativas criadas acerca do seu desempenho e, ao mesmo tempo, seja apresentado aos restantes profissionais com quem irá conviver no decorrer do estágio.

Observando os dados resultantes da nossa pesquisa verificamos que apenas em 50% dos casos foi observado este procedimento. Ao cruzar estes dados com os relativos ao grau de satisfação face à supervisão que lhes foi dispensada, verificamos que dos 18 alunos a quem foi proporcionado uma acção de integração específica no serviço, 14 pertenciam ao lote dos que tinham declarado estar muito ou bastante satisfeitos com a sua supervisão, situando-se os 2 que não ficaram nada satisfeitos com a mesma, no grupo dos que não foram contemplados com uma acção desse género. Estes resultados fazem realçar o pouco cuidado que alguns monitores ainda denotam com a socialização dos alunos no contexto clínico, realçando-se a tendência de insatisfação com o seu processo supervisivo entre os alunos por eles orientados.

Mas se os monitores se demitem, em muitos casos, do seu papel enquanto facilitador, as instituições de acolhimento ainda estão menos sensibilizadas para essa situação, pois em apenas 25% dos casos é que encetaram uma acção de integração específica do aluno na instituição. Conhecer a instituição em que realizam o seu estágio e a cultura que lhe é própria contribui para o desenvolvimento de uma visão holística do aluno, sobre o que é ser um profissional de saúde.

Mesmo nos casos em que não existe uma acção formal de integração do aluno no serviço, cabe ao monitor proceder à apresentação do aluno aos restantes elementos da equipa de Técnicos de Radiologia. Uma boa integração com a restante equipa é vista pelos alunos inquiridos como um factor positivo para a sua aprendizagem, como atestam os testemunhos de alguns deles ao enumerarem os momentos positivos ocorridos durante o estágio:

*“Relacionamento com a equipe técnica.” (A08)*

*“Bom relacionamento com os monitores e restante equipa de Técnicos de Radiologia.” (A12)*

*“Bom relacionamento entre os alunos e os Técnicos de Radiologia.” (A14)*

*“Incorporação na equipa técnica.” (A16)*

Nesse domínio Jakson e Mannix (2001) sugerem que a equipa de profissionais desempenha um papel normalizador do contexto clínico em que o aluno se insere.

McAllister (2001), nos seus estudos, reconhece que o bom relacionamento entre os profissionais e o aluno provoca neste sentimentos de pertença e aceitação, contribuindo para a constituição de um ambiente propício à aprendizagem.

Bain (1996), por seu turno, reconhece que as atitudes de protecção por parte da equipa, em relação ao aluno em estágio, desempenham um papel central na sua socialização em contexto hospitalar, constituindo-se ainda como suporte na transição da condição de aluno a profissional.

Também no nosso estudo possuímos dados que nos permitem concluir que a relação do aluno com a equipa de Técnicos de Radiologia pode favorecer a sua aprendizagem. Esse facto é reconhecido por todos os alunos inquiridos com a excepção de um deles.

Há contudo alunos que não são bem aceites pela restante equipa. Alguns alunos participantes no nosso estudo relatam situações que corroboram essa situação:

*“Alguns elementos da equipa falarem dos estagiários como se eles lá não estivessem.” (A13)*

*“Alguns Técnicos ignoram bastante os estagiários.” (A20)*

*“Algumas atitudes desagradáveis de Técnicos que não eram monitores para com os alunos.” (A29)*

*“Seremos culpabilizados pelos erros cometidos pelos Técnicos.” (A18)*

Shipton (2002), nos estudos que empreendeu sobre o stress em contexto clínico, chegou à conclusão que as atitudes negativas por parte da equipa para com o aluno constituíam uma das suas principais causas de stress.

McBrien (2006), no seu estudo, aponta as atitudes negativas e a falta de aceitação do aluno pela equipa de profissionais do serviço, como causa de diminuição da sua auto-estima e desinteresse pela aprendizagem.

Almeida (2006) sugere, no seu estudo, que a falta de clareza relativamente ao papel atribuído aos elementos da equipa de profissionais na formação dos alunos, poderá estar na origem de atitudes menos positivas e colaborativas para com estes no decorrer dos estágios. Neary (2001) acrescenta que muitos profissionais sentem-se mal preparados para o desempenho dessa função, pelo que recorrem a estratégias evasivas perante o aluno.

Quando os alunos não são bem aceites, pelas mais diversas razões, pela restante equipa, o monitor deve estar atento à ocorrência de eventuais conflitos, de forma a poder saná-los de imediato.

A relação com a equipa pode ainda funcionar como um meio suplementar de suporte, encorajando e ajudando o aluno a conquistar os seus objectivos. Quando a relação é forte e saudável os elementos da equipa sentem o aluno como um dos seus, a relação funciona em moldes corporativos. Petitat (1994:51) refere a propósito das corporações de artesãos que se estabeleceram durante a idade média, que estas protegiam *“o artesão, como verdadeiras muralhas”*. Também os alunos do nosso estudo experimentam esse sentimento, como se pode perceber pelas declarações de um aluno que se sentiu particularmente satisfeito:

*“Durante um estágio em que recebi elogios por parte da equipe de técnicos que não estava relacionada com a minha monitorização”*. (A04)

Nesse domínio os alunos por vezes equiparam os membros da equipa aos seus monitores, tal como este aluno que agradece:

*“O apoio e acompanhamento dispensado pela equipa e pelo monitor à minha aprendizagem.”* (A13)

Também Franco (1999), numa investigação encetada no âmbito da Enfermagem, reconhece o papel vital dos Enfermeiros dos Serviços que, em muitos casos, servem de modelo profissional para os alunos em estágio.

Campbell et al (1994), no seu estudo, referem que os alunos quando têm necessidade de pedir ajuda, fazem-no muitas vezes a membros da equipa que se mostram disponíveis para os auxiliar.

McBrien (2006) conclui que os alunos também necessitam sentir o apoio e acolhimento por parte da equipa, para maximizar as suas oportunidades de aprendizagem em contexto clínico.

Os contextos clínicos não são constituídos apenas por Técnicos de Radiologia, neles operam também outros profissionais de saúde, formando no seu conjunto uma equipa multidisciplinar que deve funcionar enquanto tal. Canário (1997: 11) reconhece que o desenvolvimento do processo formativo em contexto clínico passa pela *“interacção entre os diversos actores presentes”*. O aluno deve ser envolvido em actividades conjuntas com a equipa multidisciplinar, como acção dinamizadora da sua socialização profissional antecipada, que é entendida como um processo em que o aluno adquire conhecimentos e competências ao mesmo tempo que interioriza os valores e normas próprios da profissão (Campbell et al, 1994).

O grupo de alunos em análise envolveu-se na sua grande maioria (78,1%) em actividades conjuntas com a restante equipa de saúde, sendo esse um factor de agrado para muitos deles, como se pode perceber pelas declarações de um aluno que considerou significativamente positivo a:

*“Fácil integração na equipe multidisciplinar.” (A11)*

Mas o relacionamento com os diversos profissionais nem sempre é fácil, chegando por vezes a ser conflituosa. O monitor terá de estar atento de modo a apoiar o aluno quando a situação o exigir. No entanto, o monitor é também um elemento do serviço e por vezes ao apoiar o aluno poderá estar a entrar em conflito com outros profissionais com quem trabalha diariamente. Em diversas ocasiões, na hora da decisão, o monitor opta por não apoiar o aluno para não prejudicar as suas relações profissionais, ficando o aluno com um sentimento de abandono e revolta perante a actuação do orientador. Uma dessas situações é relatada por um dos alunos:

*“A seguinte situação ocorreu entre mim e um médico. Um médico com modos desagradáveis e mal-educados expulsou-me sem razão aparente da sala de radiologia. O meu monitor assistiu a tudo e nada fez em minha*

*defesa. No mesmo estágio, o mesmo médico pedia-me para sair para que os alunos de medicina assistissem aos exames.” (A12)*

Embora pertencendo a grupos profissionais diferentes, quando frutífera a relação criada com os elementos que compõem a equipa multidisciplinar pode e deve ser encarada pelos alunos como mais um recurso em que se podem apoiar para sustentar as suas aprendizagens.

A necessidade de construir a identidade profissional a partir de uma visão holística dos territórios profissionais na área da saúde, não considerando apenas o microsistema relativo à sua profissão, mas sentindo-a como parte integrante de um sistema mais amplo, onde operam várias profissões cuja actividade é interdependente entre si, encontra eco nos escritos de Canário (2005: 11) quando, referindo-se à profissão de Enfermagem, alude à necessidade de repensá-la. Considera fundamental concebê-la não de uma forma isolada, “*mas sim como uma profissão inserida numa “família de profissões”, cuja co-habitação nos mesmos espaços organizacionais tem conduzido a valorizar o conceito e a prática do multiprofissionalismo no campo da saúde*”. Acrescenta que a valorização do multiprofissionalismo, inscreve-se na reconfiguração verificada nos territórios profissionais da saúde, com a emergência e crescente protagonismo de novos grupos profissionais que representam o universo dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica. Como reconhece Nóvoa (1991) a afirmação da identidade é um processo de transformação pessoal, desta forma, também a edificação da identidade profissional dos alunos do curso de Radiologia, deve ser construída a partir da interiorização de valores, normas e atitudes características do seu grupo de pertença. No entanto, a cultura própria do grupo profissional deve constituir-se como uma mais valia no âmbito da actividade desenvolvida em parceria com os restantes grupos profissionais, tendo como objectivo último a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade aos utentes. Esta visão holística da profissão inserida no universo da saúde deve ser incentivada a partir dos estágios realizados no âmbito da formação inicial. Canário (1997) reconhece que a Universidade tem contribuído para a recomposição e qualificação dos profissionais da área da saúde, e desta forma para a construção de um conceito

de profissional de saúde que possa ser aceite por todos, ao facilitar a criação de espaços de reflexão e partilha entre os diversos grupos profissionais.

Os doentes são a razão de ser de todos os profissionais de saúde. É a pensar neles que é delineado o plano curricular dos vários cursos profissionalizantes da saúde, pelo que o desenvolvimento de competências relacionais com os doentes é um objectivo geral transversal a todos os estágios clínicos.

Os doentes apresentam-se, na sua maioria, física e/ou emocionalmente debilitados, levando a que por vezes se desencadeiem atritos entre estes e os profissionais de saúde que os atendem, principalmente com aqueles que são mais inexperientes como é o caso dos alunos em estágio.

O contacto com os doentes provoca no aluno sentimentos contraditórios. Por um lado o desejo e a alegria de iniciar a sua actividade profissional contactando e prestando cuidados aos doentes, por outro, a angustia, a ansiedade e o receio de errar e não ser bem aceite pelo doente. É função do monitor orientar o aluno no sentido de lhe indicar estratégias de comunicação que facilitem o seu relacionamento com o doente. Para tal o monitor deve ser dotado, ele próprio, de competências comunicacionais de forma a conseguir passar a sua mensagem de forma eficaz ao aluno. Neste domínio assume particular importância as diversas modalidades de linguagem que se constituem como mediadoras da aprendizagem (Abreu, 2007), tal como defende Vygotsky. São vários os estudos que aludem à importância do orientador possuir competências sólidas na área da comunicação, como são exemplos os encetados por Davies et al (1994); Cahill (1996) ou Gray e Smith (2000).

Apesar da satisfação dos alunos em contactar com os doentes, como se pode depreender pela resposta de um dos alunos do nosso estudo:

*“Um ponto positivo do estágio é a relação com os doentes.” (A05)*

Nem sempre os doentes acolhem bem o facto de serem atendidos por um aluno. É importante para a consolidação da auto-estima do aluno que o monitor mostre a sua confiança nele perante o doente, como se ilustra a partir dos exemplos seguintes:

*“Num dos exames o doente recusou-se a fazer o exame pelo facto de ser estagiária e o monitor agiu em minha defesa. Alegou que era tão boa profissional quanto ele. Para mim foi uma situação muito positiva.” (A22)*

*“O monitor tratar-nos como colega dele perante o doente e não como estagiária.” (A18)*

Por vezes a emoção sobrepõe-se à razão e geram-se atritos entre os doentes ou familiares destes e os alunos. Nessas ocasiões é significativamente valorizado pelo aluno que o monitor vá em seu auxílio e o apoie perante o doente, como se percebe pela situação a seguir descrita:

*“Numa situação em que o marido da doente reclamava, porque me via a passar com os IP`s na mão e dizia que estava a repetir os exames muitas vezes por ser estagiária, pois pensava que a sua esposa iria apenas realizar uma incidência, mas o exame pedido era constituído por seis incidências. Nesse momento o monitor de estágio interveio dizendo que eu não tinha repetido exame algum e que eram 6 as incidências que tinha de efectuar.” (A20)*

A pronta intervenção do monitor tem dois objectivos: sanar de imediato a situação de conflito gerada e evitar que o episódio se constitua como uma experiência traumática para o aluno, reforçando o seu apoio emocional. Após a ocorrência destas situações, monitor e aluno devem reflectir em conjunto sobre o sucedido, analisando as causas, atitudes e consequências, discutindo estratégias de acção alternativas, de forma a dotá-lo de competências que lhe permitam no futuro enfrentar positivamente situações análogas.

O desejo dos alunos é adquirirem autonomia de forma célere. Ao iniciarem os seus estágios os alunos estão imbuídos da excitação própria de quem embarca numa aventura pelo desconhecido. A caminhada que efectuam rumo à profissionalização é constituída por altos e baixos. Os sucessos são motivo de orgulho e satisfação para os alunos, mas os insucessos provocam angústia e frustração. Ao monitor está atribuída a incumbência de gerir o estado emocional dos alunos ao longo do estágio, pautando, como já foi referido anteriormente e confirmado pelos dados recolhidos, as suas orientações pelo equilíbrio,

enaltecendo os sucessos mas não deixando que a euforia tome conta do estado de espírito dos alunos e recorrendo à crítica construtiva nas alturas em que as actividades não correm tão bem, no sentido de apontar caminhos alternativos que no futuro conduzam ao sucesso. Um desses momentos é ilustrado pelo episódio seguinte:

*“Num estágio de convencional um Técnico deixou-me sozinha a realizar um exame que nunca tinha feito, quando o Técnico chegou repreendeu-me e ensinou-me a realizar essa incidência. Foi importante porque aprendi como a realizar e ainda a perguntar sempre que necessitar de ajuda.” (A19)*

Os alunos recorrem a várias estratégias para interiorizarem os valores e normas da profissão. Uma delas é através da observação do desempenho profissional do seu monitor com o intuito de o imitar, constituindo-se desse modo como seu modelo profissional. As acções, a forma de estar e se relacionar, o reagir perante determinadas situações, são atentamente observadas pelos alunos com o intuito de o imitar. Para o desempenho deste papel é importante que o monitor adopte no seu dia-a-dia boas práticas profissionais, a sua conduta se pautar pelos valores que integram o código ético e deontológico e possua uma visão holística da profissão, de modo a constituir-se como um exemplo válido para os alunos. Pode ser definido como um papel integral que abrange todas as características comuns a um bom profissional. A apreciação que os alunos realizam sobre o monitor em termos de ser um bom ou mau profissional, implica uma visão holística que é composta pela avaliação profissional e pessoal que dele fazem. No nosso estudo os monitores constituíram-se na sua grande maioria bons modelos profissionais para os alunos que nele participaram, com cerca de 87% de opiniões nesse sentido. Esta característica provou-se estar estatisticamente correlacionada com o nível de satisfação que os alunos experimentam face à supervisão de que foram alvo, e portanto está directamente relacionada com o bom nível de satisfação geral que os alunos disseram sentir. Estes resultados vão ao encontro dos encontrados por Donaldson e Cártter (2005), num estudo realizado com alunos de Enfermagem, em que observaram que os alunos adquirem maior confiança e

competências se o orientador que supervisiona as suas práticas se constituir como exemplo de um bom modelo profissional a seguir. Estes resultados são ainda corroborados por diversos estudos, (Belo, 2003; Earnshaw, 1995, Gray e Smith, 2000) os quais referem a grande importância que os alunos atribuem à possibilidade de serem orientados por alguém que lhes sirva de referência profissional.

Quando o monitor é alguém que adota más práticas profissionais, há o perigo do aluno incorporar na sua conduta essas práticas, vindo a tornar-se no futuro um mau profissional (Woodrow, 1994). Os valores morais são uma componente importante da profissão de Técnico de Radiologia, a honestidade é um desses valores. Quando um monitor age de forma desonesta perante o aluno, está a transmitir-lhe a ideia que a conduta profissional não se deve reger por padrões eticamente elevados, podendo influenciar a sua conduta futura. Por essa razão não devem ocorrer situações como a que a seguir se relata:

*“O monitor colocar o conhecimento do aluno em causa e chegar à conclusão que o aluno tinha razão, não lhe pedindo desculpas nem reconhecendo o erro.” (A02)*

Os alunos não observam apenas o desempenho dos seus monitores mas também o dos outros profissionais com quem coabitam no decorrer do estágio, bem como as relações que se estabelecem entre eles. Tudo o que observam em ambiente clínico tem influência no seu processo de construção identitário do que é ser um Técnico de Radiologia e, de forma mais abrangente, enquanto profissional de saúde. A esse propósito convém reter as palavras de Canário (2005: 11) quando refere que *“A produção e recomposição de configurações identitárias passa pela coexistência, no contexto de trabalho, de uma dinâmica formativa com processos de construção de identidade profissional que se traduzem em mudanças na medida em que correspondem a reinventar novos modos de socialização profissional, só possíveis de concretizar na acção”*.

Assim os alunos em ambiente clínico observam factos positivos como por exemplo:

*“Todas as vezes em que os pacientes saem satisfeitos com a atenção prestada pelos Técnicos.” (A09)*

Mas também alguns negativos como são exemplos:

*“Pouca interacção entre os técnicos e os médicos.” (A08)*

*“Muitas vezes os profissionais de saúde andavam com as fardas de bloco em zonas em que não o deviam fazer.” (A10)*

*“Mau ambiente entre os Técnicos de Radiologia.” (A21)*

O monitor deve estar atento e nas sessões de reflexão esmiuçar em conjunto com o aluno os vários comportamentos observados, de forma a construírem em conjunto um conceito válido de boa conduta profissional. Em suma, edificar a sua identidade profissional incorporando os valores da profissão.

### **3.4 - Síntese dos resultados**

Fazendo uma apreciação global a esta pesquisa podemos afirmar que, na sua maioria, os alunos que integram este estudo de caso ficaram bastante satisfeitos com a supervisão que lhes foi facultada pelos seus monitores. A maioria dos estudos por nós analisados obtivera resultados opostos a este, denotando pouca satisfação face à qualidade da supervisão de que foram alvo por parte dos seus participantes. A título de exemplo podemos referir os estudos empreendidos por Cahill (1996) ou Belo (2003).

Do nosso estudo emerge a ideia de que a relação entre o aluno e o seu orientador e o feedback por ele emitido ao longo do processo se revelam os factores principais na sua aprendizagem em contexto clínico. Também os alunos participantes no estudo de Campbell et al (1994) elegem a relação supervisiva como o factor chave do seu processo de aprendizagem, enquanto no estudo de Phillips et al (1996) os alunos atribuem grande importância ao facto do orientador produzir feedback constante sobre as suas actividades.

O nível de satisfação apresentado pelos alunos do nosso estudo, face às suas experiências supervisivas, leva-nos a inferir que a maioria foi orientada por monitores que possuíam características que os alunos identificam como sendo facilitadoras do desenvolvimento do seu processo de aprendizagem.

Os alunos do nosso estudo prezam um monitor que tenha a capacidade de lhes proporcionar um ambiente que estimule à aprendizagem. Para tal, pretendem que o monitor lhes possibilite discutir, em conjunto com ele, os objectivos do estágio bem como o estilo de acompanhamento por ele disponibilizado. Estes resultados inserem-se na mesma linha de conclusões encontradas por Campbell et al (1994) em que os alunos participantes no seu estudo fazem referência aos estilos de supervisão e à forma como estes potenciam ou inibem a sua aprendizagem.

Outra característica que os alunos do nosso estudo valorizaram nos monitores que orientaram as suas práticas, foi a sua capacidade para lhes propor actividades realistas face ao seu estágio de aprendizagem, respeitando os seus tempos de aprendizagem. Também no estudo realizado por Gray e Smith (2000) se observa que os alunos que nele participaram identificaram como uma das características atribuídas a um bom orientador, o facto de possuir expectativas realistas face ao nível de aprendizagem dos alunos.

Igualmente importante foi o facto da maioria dos orientadores, que supervisionaram os estágios clínicos dos alunos que participaram no nosso estudo, se terem constituído como bons exemplos de modelo profissional, mostrando-se ainda disponíveis para auxiliarem o aluno na tomada de decisões técnicas. No estudo de Donaldson e Cáster (2005) os alunos que nele participam aludem à importância de identificar um exemplo de bom profissional para construir as suas práticas a partir da observação do seu comportamento. Referem, ainda, que apesar das poucas oportunidades que lhes foram concedidas, sentiram necessidade de trabalhar em conjunto com o seu supervisor, para poderem observar o seu desempenho profissional ao mesmo tempo que lhes é facultada a oportunidade de discutir com ele alguns aspectos técnicos. Também Weiseman (1993) concluiu que alguns procedimentos necessitam ser demonstrados pelo orientador antes do aluno se aventurar na sua realização.

Os participantes do nosso estudo reconheceram a importância da reflexão para a consolidação da aprendizagem, tendo-se sentido descontraídos durante os momentos de reflexão conjunta com os seus orientadores. Também os alunos que participaram no estudo de Belo (2003) reconheceram a importância de reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo do estágio.

Além destas características que apresentaram uma correlação estatisticamente significativa com o grau de satisfação global que os alunos experimentaram face ao seu processo supervisivo, o estudo revela outros dados que nos permitem inferir outras características dos orientadores que, de acordo com os participantes no estudo, facilitam o processo supervisivo.

Observando a moda obtida nas respostas dadas ao inventário que integra o questionário podemos depreender que, na sua maioria, os vários processos supervisivos em que estiveram envolvidos os nossos participantes se caracterizaram pela negociação entre o monitor e o aluno, no início do estágio, de objectivos pertinentes e exequíveis apesar de pouco mensuráveis. No entanto, verificou-se pouca disponibilidade por parte do monitor para reformular os objectivos no decorrer do estágio.

O planeamento das actividades desenvolvidas ao longo do estágio contou com a participação do aluno. A abertura demonstrada pelo monitor na inclusão do aluno no planeamento do estágio, não se verificou relativamente ao seu estilo de acompanhamento. Apesar disso, as orientações por ele transmitidas foram perfeitamente perceptíveis pelos alunos.

O monitor teve a capacidade de envolver a restante equipa de profissionais na orientação dos alunos, tendo-se verificado que na sua ausência os elementos da equipa mostraram estar a par da situação de aprendizagem do aluno. A relação originada entre o aluno e a equipa provou-se ter favorecido o seu processo de aprendizagem.

O monitor foi transmitindo feedback sobre as actividades desenvolvidas pelo aluno ao longo do estágio, tendo pautado as suas considerações pelo equilíbrio entre críticas e elogios, focalizando-as nas experiências concretas dos alunos. O orientador de estágio mostrou-se sempre disponível para auxiliar o aluno na

tomada de decisões técnicas, respeitando os seus timings de aprendizagem e não o inibindo durante a realização dos exames.

O monitor preocupou-se em proporcionar momentos específicos para a reflexão, os quais foram pautados pela descontração. Neles foram focados vários aspectos do estágio, não tendo, no entanto, dada muita relevância às questões relacionadas com o código deontológico da profissão. Maior atenção foi dispensada ao desenvolvimento de competências de relação e comunicação dos alunos com os doentes e outros profissionais.

Os alunos não sentiram existir grande proximidade entre o monitor e a Escola, o que provavelmente estará na origem do seu descontentamento relativamente às competências pedagógicas por eles evidenciadas.

Em suma o monitor foi para eles um exemplo de um bom profissional, passível de ser tomado como modelo, tendo-se preocupado em proporcionar um clima propício à aprendizagem.

O conjunto destas características observadas a partir dos dados recolhidos levou a que a maioria dos alunos se sentisse bastante satisfeito com o tipo de supervisão que lhe foi facultada durante o seu estágio clínico.

A partir da observação da análise dos dados é possível inferir um perfil de competências apresentado pelos monitores, que na opinião dos participantes do nosso estudo, contribuíram para o sucesso do processo supervisorio:

- ✓ Estar preparado e motivado para o desempenho das funções de monitor;
- ✓ Constituir-se como um exemplo de um bom profissional;
- ✓ Ser capaz de proporcionar um bom clima de aprendizagem;
- ✓ Socializador, funcionando como mediador entre os alunos, o contexto clínico e os restantes profissionais;
- ✓ Bom comunicador
- ✓ Possuir mente aberta às sugestões dos alunos;
- ✓ Honesto e revelar respeito pelo aluno;

- ✓ Ser capaz de incluir o aluno no planejamento do estágio, implicando-o na sua própria formação;
- ✓ Acessível ao longo de todo o estágio, fornecendo acompanhamento e feedback formativo através de críticas construtivas;
- ✓ Constituir-se como suporte das práticas do aluno, procedendo a demonstrações e orientando-o nas questões técnicas;
- ✓ Constituir-se como suporte emocional das experiências dos alunos, zelando pelo seu equilíbrio a esse nível;
- ✓ Constituir-se como mediador de conflitos relacionais entre os alunos e os doentes ou entre o aluno e outros profissionais;
- ✓ Patrocinador de oportunidades de aprendizagem e de desafios;
- ✓ Realista nas suas expectativas;
- ✓ Estar preparado para a função de avaliador, privilegiando a avaliação contínua.

A maioria destas características fora nomeadas em estudos semelhantes. No estudo de Gray e Smith (2000) um bom orientador de estágio é descrito como: acessível, confiante das suas capacidades, bom comunicador, profissional, organizado, realista nas suas expectativas, entusiasta, amigo, com sentido de humor, gentil, paciente e compreensivo.

No estudo de Cahill (1996) um bom orientador é visto como aquele que: tem tempo disponível para os alunos, está disposto a ouvir o que eles têm para dizer, respeita as suas opiniões, está disponível para os ajudar a resolver os problemas, formula críticas construtivas, acessível e se interessa na realidade pelo aluno.

No estudo de Campbell et al (1994) um bom orientador é referido como possuindo: competência profissional, capacidade para adaptar a teoria à prática, capacidade para dar alguma liberdade de acção ao aluno e de respeitar o seu ponto de vista, aptidões para demonstrar e explicar técnicas alternativas para a realização dos cuidados, imparcialidade, capacidade de proteger os pacientes e competências para o suporte das práticas dos alunos

No estudo de Earnshaw (1995) são destacadas as características individuais tais como: a inteligência, a experiência e o entusiasmo em orientar alunos.

No estudo de Donaldson e Cárter (2005) são realçadas as características de modelo profissional e de transmissor de feedback ao longo do processo.

Um dos papéis tradicionalmente atribuídos aos mentores pela literatura da especialidade é o de funcionarem como professores. Neste estudo e com os dados dele resultantes, não nos é possível inferir que essa característica seja importante para os alunos que integram este estudo de caso. A não referência por parte dos alunos a situações que envolvessem esse papel do mentor, poderá ter origem no déficit de competências pedagógicas dos monitores que o estudo parece indicar, o que levaria a que negligenciassem esse papel. Também no estudo de Cahill (1996) encontramos referências claras à falta de competências pedagógicas para o desempenho do cargo.

Da análise dos dados do nosso estudo é igualmente possível extrair um perfil de competências dos orientadores de estágio, que os participantes no estudo considerem nocivos para o desenvolvimento do processo de aprendizagem. Um mau orientador de estágio será alguém que:

- ✓ Não está preparado nem motivado para a função;
- ✓ Não propicia um bom clima de aprendizagem;
- ✓ Não realiza boas práticas profissionais;
- ✓ Negligencia a integração do aluno no serviço;
- ✓ Não é capaz de estabelecer e desenvolver relações;
- ✓ Impõe a sua vontade sem ter em conta a opinião do aluno;
- ✓ Não mostra respeito pelo aluno e é desonesto na sua relação com ele;
- ✓ Assume a responsabilidade total pelo planeamento do estágio, não admitindo interferências, sem se preocupar com o estágio de aprendizagem do aluno;
- ✓ Ausente e pouco acessível;
- ✓ Não se importa com o estado emocional do aluno;

- ✓ Revela pouca disponibilidade para orientar o aluno nos aspectos técnicos;
- ✓ Não demonstra o seu apoio ao aluno em casos de conflitos entre este e outros profissionais do serviço.

Nos estudos por nós analisados também encontramos referências a maus orientadores de estágio. No estudo de Gray e Smith (2000) estes são descritos como alguém que: não cumpre o que promete, possui falta de competência e conhecimento profissional e evidencia escassez de competências pedagógicas.

No estudo de Campbell et al (1994) os alunos que nele participaram associam os maus orientadores a um estilo de supervisão demasiado rígido o qual não deixa espaço para a criatividade dos alunos.

Donaldson e Cártter (2005) referem a falta de feedback como uma característica típica de um mau orientador. Adicionam ainda, falhas ao nível profissional e pedagógico.

No estudo de Cahill (1996) são enfatizadas as situações em que o orientador ignora o aluno, encontrando-se ausente e indisponível a maior parte do tempo. O mau orientador é ainda caracterizado como preguiçoso, que tem dificuldade em estabelecer relações, a sua competência profissional não é reconhecida pelos seus pares e não possui competências comunicacionais.

Existe, à disposição dos interessados, um volume considerável de artigos científicos publicados sobre a matéria que serviu de enfoque a esta investigação. A literatura da especialidade e as investigações empíricas encetadas são unânimes ao identificar um conjunto de características que se afiguram essenciais para o desempenho da função de supervisor de estágio. Em contraponto são igualmente reconhecidas algumas características que se constituem como um entrave para a prática dessa função. No estudo que encetamos, através da análise dos dados que foram recolhidos, foi possível delinear um perfil de características e competências dos orientadores de estágio, que de acordo com os alunos que nele participaram se constitui como facilitador do seu processo de formação. O perfil inferido neste estudo de caso coincide em grande medida com o que é descrito, quer na literatura, quer em estudos de investigação com um desenho metodológico semelhante ao nosso.

## 4 - CONCLUSÃO

Os estudos de investigação cujo enfoque se situa nos territórios da formação inicial dos profissionais de saúde são unânimes em reconhecer a importância que a supervisão das práticas clínicas dos alunos em estágio ocupa no seu processo formativo.

O rápido avanço tecnológico que se verifica desde o início do século XX teve um grande impacto na área da saúde. Multiplicaram-se o número de hospitais até aí existentes, com maiores dimensões, crescendo também a complexidade da sua organização interna, o que originou a necessidade de formação de um maior número de profissionais de saúde para fazer face às necessidades sempre crescentes.

Por outro lado o avanço tecnológico originou uma reconfiguração de competências no seio das profissões ligadas à área da saúde. Algumas tarefas que até então eram desempenhadas pelos médicos passam a ser desempenhadas por outros profissionais de saúde, como os enfermeiros, face à complexidade crescente neste domínio. Os próprios médicos sentiram necessidade de se subdividirem em especialidades cada vez mais restritas, de forma a conseguirem dar uma resposta eficaz às necessidades apresentadas pelos doentes tirando partido dos avanços mais recentes em cada área. O avanço tecnológico verificado nas mais variadas áreas do conhecimento, proporcionou à área da saúde o desenvolvimento de novos meios auxiliares de diagnóstico e de terapêutica, que pela sua complexidade originaram a criação de várias profissões na área da saúde, uma delas foi a profissão de Técnico de Radiologia.

No curso de Radiologia, tradicionalmente constituído por uma forte componente de formação em contexto clínico, a supervisão dos estágios dos alunos assume particular importância, como estratégia de desenvolvimento holístico do aluno, rumo à sua profissionalização.

No contexto formativo a supervisão é entendida como um processo promotor de aprendizagens em ambiente real, indutora do desenvolvimento do aluno a nível profissional e humano.

Dos vários documentos analisados ressalta a ideia de que os alunos necessitam de suporte a vários níveis, no decurso das suas experiências clínicas, e que as estratégias de supervisão são uma das respostas encontradas para esse suporte. Um processo supervisivo bem pensado e delineado constitui a base para o sucesso formativo. Por conseguinte toda a investigação efectuada neste campo se constitui como uma contribuição valiosa para o aumento do conhecimento científico sobre este domínio.

O enquadramento teórico que esteve na base do nosso estudo permitiu-nos adquirir uma visão mais profunda sobre o estado de arte actual neste domínio científico. A supervisão dos estágios clínicos é actualmente foco de análise de vários autores que se propõem reflectir sobre este tema. Mobiliza conhecimentos e teorias oriundas de várias áreas, com o intuito de aprofundar as estratégias de formação em contexto, de forma a dotar os futuros profissionais de competências que lhes permita desenvolver cuidados de saúde com qualidade, adaptados às necessidades de cada doente, e que lhes permita enfrentar as constantes transformações que ocorrem no campo da saúde.

Das várias perspectivas possíveis como ponto de partida para o estudo, a opção por nós assumida em centralizar as nossas atenções nas representações supervisivas dos alunos, prende-se com o facto de ser neles que o sucesso ou insucesso do processo supervisivo se repercute. Sendo eles os profissionais de saúde do amanhã consequentemente o desenvolvimento holístico dos cuidados de saúde depende do maior ou menor investimento que é dedicado na sua formação.

Ao concluirmos o nosso estudo consideramos ter atingido os objectivos a que no início deste trajecto nos propusemos. Relembramos o problema que serviu de questão orientadora para a nossa investigação: *Que características dos orientadores de estágio, os alunos da Licenciatura em Radiologia mais valorizam para o seu processo de aprendizagem?* A partir dos dados recolhidos foi possível

inferir um conjunto de características e competências dos orientadores de estágio, que de acordo com os participantes do nosso estudo, facilitam o seu processo de aprendizagem.

A opção por uma abordagem simultaneamente qualitativa e quantitativa, inerente ao questionário, revelou-se profícua, uma vez que nos permitiu a análise relacional entre as variáveis que conduzem à satisfação dos alunos face ao processo superviso, mas adicionalmente ajudou-nos a compreender as subtilezas do processo para além dessas correlações.

A triangulação entre métodos, apoiada no quadro teórico que definimos como base orientadora desta investigação, permitiu-nos justificar e aprofundar os resultados extraídos deste estudo. Não nos cingimos apenas a um conjunto de operações estatísticas, as quais consideramos importantes para fundamentar as nossas conclusões, mas também consideramos as emoções que os alunos demonstraram através das respostas às questões abertas que integravam o questionário. Com esta opção estamos certos ter conseguido uma perspectiva mais fidedigna do olhar dos alunos sobre esta problemática.

O nosso estudo revelou que a maioria dos alunos se encontram bastante satisfeitos face à supervisão que lhes foi dirigida, levando-nos a inferir que grande parte destes foram supervisionados por orientadores de estágio que possuíam competências e características que os alunos consideram como sendo facilitadoras do seu processo de aprendizagem.

A partir da análise dos dados foi possível delinear um perfil de competências e características do monitor, que na óptica dos alunos inquiridos contribui para facilitar o seu processo de aprendizagem, dando assim resposta à questão que esteve na origem da nossa investigação.

O perfil de monitor ideal extraído deste estudo integra competências ao nível relacional, comunicacional, de capacidade de planeamento e desenvolvimento do estágio, suporte das práticas, suporte emocional e enquanto socializador profissional antecipado, mediando as relações dos alunos com o meio e os diversos actores que o integram.

Através da análise dos dados deste estudo, e que vão de encontro com à nossa experiência pessoal, verifica-se que a motivação para o desempenho do cargo se revela como o principal factor para que o orientador de estágio desenvolva todas as outras competências e características enumeradas como ideais pelos alunos participantes no estudo.

Os alunos do nosso estudo elegeram como perfil ideal do orientador de estágio: estar preparado e motivado para o desempenho de todas as funções inerentes à orientação de estágio; constituir-se como um exemplo de um bom profissional; proporcionar um bom clima de aprendizagem; funcionar como mediador entre os alunos, o contexto clínico e os restantes profissionais; ser bom comunicador; possuir mente aberta para apreciar as sugestões emanadas pelos alunos; ser honesto; respeitar o aluno; ser realista nas suas expectativas; permitir a participação do aluno no planeamento do seu estágio; estar acessível; transmitir feedback formativo ao longo do estágio; constituir-se como suporte das práticas e emocional do aluno; patrocinar oportunidades de aprendizagem e de desafios; constituir-se como mediador de conflitos relacionais entre os alunos e os doentes ou entre o aluno e outros profissionais e estar preparado para a função de avaliador, privilegiando a avaliação continua.

Das conclusões extraídas do estudo sobressaem, ainda, recomendações para que os orientadores de estágio invistam na sua formação ao nível da aquisição de competências pedagógicas, para colmatar os défices a esse nível por ele detectado.

Dos dados analisados emerge a ideia de que a relação entre o aluno e o seu orientador e o feedback por ele emitido ao longo do processo se revelam os factores chave para o sucesso da sua aprendizagem em contexto clínico.

A base do processo supervisivo é a relação que se estabelece entre supervisor e supervisionado, como tal deve haver a preocupação em a desenvolver e aprofundar, partindo de um princípio de respeito mútuo. Quanto mais aprofundada for a ligação entre a díade supervisiva, maior será a probabilidade de o monitor desempenhar com eficiência todos os outros papeis que lhe estão destinados, pois em certa medida todos eles estão ligados à preocupação que o monitor sente

em relação ao aluno e quanto mais profunda for a relação entre eles, maior será a atenção e a preocupação do monitor com o aluno e com o seu processo de aprendizagem.

Ao escolhermos como modo de investigação o estudo de caso estávamos conscientes que este comporta em si mesmo um conjunto de limitações à investigação, destacando-se a impossibilidade de tecer generalizações fora do contexto em que ela ocorreu. No entanto, dada a natureza do estudo e as limitações temporais a que estávamos sujeitos, pareceu-nos ser o método mais adequado para orientar a nossa investigação. As conclusões dele retiradas, apesar de se reportarem ao cenário estudado, não sendo lícito transportá-las para outros contextos, vão ao encontro da definição actual sobre o que se espera do desempenho e perfil de competências dos supervisores, bem como dos resultados encontrados em diversos estudos com o mesmo enfoque.

Uma outra limitação sentida no decorrer deste trabalho prende-se com a ausência de trabalhos anteriores que versem este tema na área da Radiologia. Para colmatar essa contingência socorremo-nos de estudos desenvolvidos por outros grupos profissionais na área da saúde, principalmente na Enfermagem que nos últimos anos têm produzido uma quantidade considerável de trabalhos científicos sobre a supervisão.

A realização deste trabalho em simultâneo com as nossas responsabilidades profissionais e familiares representou um esforço acrescido e que limitou a amplitude desta investigação. A nossa inexperiência levou a que enfrentássemos inúmeros avanços e retrocessos ao longo do processo, próprios de quem se aventura pelo desconhecido.

A realização deste trabalho representa o fim de uma etapa mas não se esgota em si mesmo. É nossa convicção que o conhecimento científico produzido nesta área nos últimos anos tem acrescentado contributos valiosos para a compreensão do processo supervisivo. No entanto cada investigação que é concluída levanta novas questões de investigação, uma vez que o conhecimento é sempre relativo, não existindo verdades absolutas e permanentes.

Também do nosso estudo emerge uma questão que gostaríamos de ver aprofundada: porque é que a falta de preparação pedagógica dos orientadores de estágio continua a ser uma referência constante na grande maioria dos estudos desenvolvidos?

Numa época em que as organizações de saúde sofreram reestruturações importantes, nas quais as questões ligadas à qualidade se constituíram como preocupação central no seu desenvolvimento, não seria de esperar que, elas próprias, reflectissem sobre a qualidade da orientação dos estágios que se desenrolam no seu seio? Os alunos a quem concedem estágios constituem-se como potenciais futuros colaboradores, pelo que a qualidade da sua formação é de igual modo importante para o futuro da instituição. Nessa óptica, nos protocolos celebrados entre as instituições de saúde e as Escolas não deveriam estar contemplados cursos de formação pedagógica para os profissionais que desempenham funções de supervisores de estágio? Com a obrigatoriedade das Escolas providenciarem formação pedagógica adequada aos profissionais da instituição que orientassem os seus alunos em estágio, a breve trecho as instituições de saúde possuiriam nos seus quadros, um conjunto de elementos, oriundos das diversas áreas profissionais, com competências técnicas e pedagógicas para a supervisão dos estágios, constituindo-se como um factor determinante para aumentar a qualidade dos estágios. Esta seria uma problemática que gostaríamos de ver explorada em futuras investigações.

O caminho que nos conduziu ao longo deste processo afigurou-se árduo, mas as agruras do trajecto só aumentam a satisfação de ver concluído este projecto. Estamos convictos que o estudo por nós desenvolvido poderá contribuir com alguns subsídios para o aumento do conhecimento científico na área da supervisão em geral e da supervisão clínica na área da Radiologia em particular. Se a nossa convicção se converter em realidade, essa será considerada por nós como a mais importante recompensa para os nossos esforços.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDALA de SOUSA, D. (2005). *Significado da Saúde e da Doença para Moradores da Área de Abrangência do Centro de Saúde da Lagoa da Conceição*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Tese de Licenciatura.

ABREU, W. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: FORMASAU.

ABREU, W. (2002). Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade. *Sinais Vitais*, 45, 53-57.

ABREU, W (2003). *Supervisão Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde*. Coimbra: Formasau.

ABREU, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau.

ABREU, W. & CALVARIO, T. (2005). Learning in Clinical Settings: The Perspective of the Students. In: *Teoria, vuskum a vzdelavanie v osetrovatel'stve*. Bratislava: Comenius University, 198-209.

ALARCÃO, I. (1996). *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.

ALARCÃO, I. (2005). A Metáfora entre o Experiencialismo e a Transformação. Documento www. URL: [[http://www.dce.ua.pt/leies/daes/daes\\_artigos.htm](http://www.dce.ua.pt/leies/daes/daes_artigos.htm)] (consultado a 20 de Março de 2007)

- ALARCÃO, I. & SÁ-CHAVES, I. (1994). Supervisão de Professores e Desenvolvimento Humano: Uma Perspectiva Ecológica. In Tavares, J. (org.). *Para Intervir em Educação*. Aveiro: CIDINE, 201-232.
- ALARCÃO, I & TAVARES, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica: Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem*. Coimbra: Almedina.
- ALARCÃO, I. (Org.). (2001). *Escola Reflexiva e Nova Racionalidade*. Porto Alegre: Artmedia Editora.
- ALARCÃO, I., CACHAPUZ, A., MEDEIROS, T. & JESUS, H. (2005). *Supervisão: Investigações em Contexto Educativo*. Ponta Delgada: Universidade de Aveiro; Governo Regional dos Açores – Direcção Regional de Educação; Universidade dos Açores.
- ALBUQUERQUE, C. & OLIVEIRA, C. (2002). Saúde e Doença: Significações e Perspectivas de Mudança. *Millenium – Revista do ISPV*, 25. Documento www. URL: [[http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25\\_27.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm)]
- ALMEIDA, T. (2006). *Contributo da Supervisão na Gestão do Stresse dos Alunos em Ensino Clínico*. Aveiro: Universidade de Aveiro, Tese de Mestrado.
- AMADO, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5, 53-63.
- AMADO, M. (1994). A Autoscopia em Supervisão: Uma Estratégia de Reflexão e Consciencialização dos Professores para a sua Prática Lectiva. In Tavares, J. (org.). *Para Intervir em Educação*. Aveiro: CIDINE, (341-358).
- AMARAL, M., MOREIRA, M. & RIBEIRO, D. (1996). O Papel do Supervisor no Desenvolvimento do Professor Reflexivo: Estratégias de Supervisão. In Alarcão, I (org.) *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora, 89-122.

- AMIGUINHO, A. (1992). *Viver a Formação, Construir a Mudança*. Lisboa: Educa.
- ANDERSON, E. & SHANNO, A. (1988). Toward a Conceptualization of Mentoring. *Journal of Teacher Education*, 39 (1), 38-42.
- ANDREWS, M. & WALLIS, M. (1999). Mentorship in Nursing: A Literature Review. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), 201-207.
- ANFORTH, P. (1992). Mentors, not Assessors. *Nurse Education Today*, 12, 299-302.
- ARAÚJO, I. (2004). *Aprendem Doença, Educam para a Saúde: Influência da Formação, em Futuros Profissionais de Saúde, em Concepções Saúde/Doença, Educação para a Saúde e Sua Implementação*. Braga: Universidade do Minho, Tese de Mestrado.
- ARMITAGE, P & BURNARD, P. (1991). Mentors or Preceptors? Narrowing the Theory-Practice Gap. *Nurse Education Today*, 11, 225-229.
- BAIRD, M. & WELLS, P. (2001). SOLAR: Student Oriented Learning About Radiography. *Medical Teacher*, 23 (4), 407-411.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BARROS-DUARTE, C. (2006). Entre o Local e o Global: Processos de Regulação para a Preservação da Saúde no Trabalho (resumo). *Laboreal*, 2, (1), 48-51.
- BAERLOCHER, M. & ASCH, M. (2006). Protecting the Future: Attracting Interventional Radiology Trainees: A Medical Student's Perspective. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 57 (3), 147-151.

- BAIN, L. (1996). Preceptorship: a Review of the Literature. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (1), 104-107.
- BELL, C. (1996). *Managers as Mentors: Building Permanent Partnerships for Learning*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- BELL, J. (2002). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.
- BELO, A. (2003). *Supervisão Clínica em Enfermagem. Perspectiva do Aluno*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BERBAUN, J. (1993). *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.
- BETZ, C. (1985). Students in Transition: Imitators of Role Models. *Journal of Nursing Education*, 24 (7), 301-303.
- BLOCK, L. & KOROW, M. (2005). The Value of Mentorship within Nursing Organizations. *Nursing Forum*, 40 (4), 134-140.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
- BOND, M. & HOLLAND, S. (1998). *Skills of Clinical Supervision for Nurses. A Guide for Supervisees, Clinical Supervisors and Managers*. Open University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- BRONFENBRENNER, U. & MORRIS, P. (1998). The Ecology of Developmental Process. In: DAMON, W. & LERNER, R. (Org.). *Handbook for Child Psychology*. New York: Wiley, 993-1028.
- BROOK, R., McGLYNN, E. & SHEKELLE, P. (2000). Defining a Measuring Quality of Care: A Perspective from US Researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 12 (4), 281-295.
- BROWN, F. (1980). Three Types of Experiential Learning: A Non-Trivial Distinction. In: BYRNE, E. & WOLFE, D., (Org.). *Developing Experiential Learning Programs for Professional Education*. San Francisco: Jossey-Bass, 47-56.
- BUSEN, N. & ENGBRETSON, J. (1999). Mentoring in Advanced Practice Nursing: The Use of Metaphor in Concept Exploration. *The Internet Journal of Advanced Nursing Practice*. 2 (2), 1-10.
- BUTTERWORTH T. & FAUGIER, J. (1992). *Clinical Supervision and Mentorship in Nursing*. Londres: Chapman & hall.
- CAHILL, H. (1996). A Qualitative Analysis of Student Nurses Experiences of Mentorship. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (4), 791-799.
- CAMERON-JONES, M. & O`HARA, P. (1999). Student Perceptions of de Way that are Supervised during the Work Experience. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 24 (1), 91-103.
- CAMPBELL, I., LARRIVEE, L., FIELD, P., DAY, R. & REUTTER, L. (1994). Learning to Nurse in the Clinical Setting. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (6), 1125-1131.

- CANHAM, J. & BENNETT, J. (2002). *Mentorship in Community Nursing: Challenges and Opportunities*. Oxford: Blackwell Science, Ltd.
- CANÁRIO, R. (1992). *Inovação e Projecto Educativo de Escola*. Lisboa: Educa.
- CANÁRIO, R. (1997). Formação e Mudança no Campo da Saúde. In: CANÁRIO, R. (org.). *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora.
- CANÁRIO, R. (1998). *Gestão da Escola: Como Elaborar um Plano de Formação?* Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- CANÁRIO, R. (2005). *Ser Enfermeiro Hoje*. Versão escrita da Conferencia proferida na Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, em 15 de Julho de 2005.
- CARAPINHEIRO, G. (1993). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- CARVALHAL, R. (2003). *Parcerias na Formação: Papel dos Orientadores Clínicos. Perspectivas dos Actores*. Loures: Lusociência.
- CARVALHO, D. & FRANCIS, D. (2003). *Saúde: Uma Questão Sócio Ambiental*. In II Simpósio Regional De Geografia: Perspectivas para o Cerrado no Século XXI. Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Geografia.
- CASIMIRO, J. (2000). *Röntgen e Os Misteriosos Raios X*. Documento www. URL: [<http://www.uarte.mct.pt/grupos-interesse/alquimias/docs/pdf/Personalidades-II-%5B6%5D.pdf>] (Consultado em 20-01-2007).

- CHAMBERS, M. & LONG, A. (1995). Supportive Clinical Supervision: A Crucible for Personal and Professional Change. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2 (5), 311-316.
- CHAN, S. & CHIEN, W. (2000). Implementing Contract Learning in a Clinical Context: Report on a Study. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2), 298-305.
- CHENOWETH, L. (1998). Facilitating the Process of Critical Thinking for Nursing. *Nurse Education Today*, 18 (4), 281-292.
- CHERAGHI, M. (2008). Factors Influencing the Clinical Preparation of BS Nursing Student Interns in Iran. *International Journal of Nursing Practice*; 14 (1), 26–33.
- CLEMENTS, P., MUGAVIN, M. & CAPITANO, C. (2005). Mentorship in Forensic Nursing Research: Promoting the Next Generation of Forensic Nurse Scientists. *Journal of Forensic Nursing*, 1 (3), 129-132.
- CLIFFORD, C. (1996). Nurse Teacher Clinical Work: A Survey Report. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 603-611.
- COELHO, J. (1998). *Supervisão da Prática Pedagógica – Didáctica em Ciências: Sua Incidência na História e na epistemologia. O Caso da “Origem da Vida”*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- COIMBRA, R., FERREIRA, A. & MARTINS, F. (2001). "Quem tem Medo do Estágio? Contributos para a Definição do Perfil do Estagiário da UA", *Professores de Português: Quem Somos? Quem Podemos Ser?* (Actas do 4º Encontro Nacional da Associação de Professores de Português, Março de 2001). Lisboa: APP e ESE de Lisboa, 55-62.

- CORREIA, E. (2006). Uma Visão Fenomenológica-Existencial em Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica - Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 3 (XXIV), 337-341.
- COSTA, A. (1994). Humanizar no Ensino de Enfermagem: O Tempo...e o Contratempo. *Servir*, 42 (2), 85-90.
- COSTA, A. (2002). *Cuidar Idosos. Formação, Práticas e Competências dos Enfermeiros*. Lisboa: Educa.
- COURTOIS, B. (1992). La Formation en Situation de Travail: Une Formation Expérientielle Ambiguë. *Education Permanente*, 112, 95-105.
- CROZIER, M. (1993). Préface. In: KUTY, O. (ed.) *Innover a L'Hôpital. Analyse Sociologique D'une Unité de Dialyse Rénale*. Paris: L'Harmattan, 7-13.
- CRUZ, M. (1994). *Formação Pedagógica de Docentes e Enfermeiros Verificada no Ensino Clínico*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Tese de Mestrado.
- CUTCLIFFE, J. & EPLING, M. (1997). An Exploration of the Use of John Heron's Confronting Interventions in Clinical Supervision: Case Studies from Practice. *Psychiatric Care*, 4 (4), 174-180.
- DALOZ, L. (1986). *Effective Teaching and Mentoring*. São Francisco: Jossey Bass.
- DAMÁSIO, A. (1999). *O Erro de Descartes. Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Publicações Europa-América, (colecção Fórum da Ciência).
- DAVAL, R. (1963). *Traité de psychologie Sociale*. Tomo 1, Paris: P.U.F.

- DAVIES, B., PHILLIPS, R. & NEARY, M. (1994). *The Practitioner Teacher: A Study in the Introduction of Mentors in the Pre-registration Nurse Education Programme in Wales*. Cardiff: University of Wales.
- DAVIES, J. (1984). You Need Someone Older and Wiser. *American Journal of Nursing*, 84 (10), 1290-1291.
- DEWEY, J. (1989) *Còmo Pensamos*. Barcelona: Paidós.
- DIAS, M., Duque, A., Silva, M. & Durá, E. (2004). Promoção da Saúde: O Renascimento de uma Ideologia? *Análise Psicológica - Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 3 (XXII), 463-473.
- DOLAN, G. (2003). Assessing Students Nurses Clinical Competences: Will We Ever Get it Right? *Journal of Clinical Nursing*, 12 (1), 132-141.
- DONALDSON, J. & CARTER, D. (2005). The Value of Role Modelling: Perceptions of Undergraduate and Diploma Nursing Students. *Nurse Education in Practice*, 5, 353-359.
- DRACUP, K. & BRYAN-BROWN, C. (2004). From Novice to Expert to Mentor: Shaping the Future. *American Journal of Critical Care*, 13, 448-450.
- DRISCOLL, J. (2000). *Practising Clinical Supervision: A Reflective Approach*. London: Baillière Tindall.
- DUARTE, N. (2003). Conhecimento Tácito e Conhecimento Escolar na Formação do Professor. *Educação e Sociedade*, 24 (83), 601-625.
- DUFFY, K., DOCHERTY, C., CARDNUFF, L., WHITE, M., WINTERS, G. & GREIG, J. (2000). The Nurse Lecturer's Role in Mentoring the Mentors. *Nursing Standard*, 15 (6), 35-38.

- EARNSHAW, G. (1995). Mentorship: The Students` View. *Nurse Education Today*, 15, 274-279.
- ESTRELA, A. (1994). *Teoria e Prática da Observação de Classes: Uma estratégia de Formação de Professores*. Porto: Porto Editora.
- FACHADA, M. (2000). *Psicologia das Relações Interpessoais*. Lisboa: Edições Rumo.
- FAUT-CALLAHAN, M. (2001). Mentoring: A Call to Professional Responsibility. *AANA Journal*, 69 (4), 248-250.
- FERREIRA, M. (2005). Alguns Factores que Influenciam a Aprendizagem do Estudante de Enfermagem. *Millenium – Revista do ISPV*, 31. Documento www. URL: [<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/11.pdf>], pp 150-173.
- FINO, C. (2001). Vygotsky e a Zona de Desenvolvimento Proximal: Três Implicações Pedagógicas. *Revista Portuguesa de Educação*, 14 (2), 273-291.
- FONSECA, M. (2004). *Supervisão em Ensinos Clínicos de Enfermagem: Perspectiva do Docente*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- FONTAINE, D. (1998). Lessons from a Mentor: Dance for Two. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12 (2), 29-32.
- FORATTINI, O. (1990). "Limitações" da Teoria Ecológica da Saúde e Doença. *Revista de Saúde Publica de S. Paulo*, 24 (2), 94.
- FORTIN, M. (1999). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

- FOWLER, J (1996) How to Use Models of Clinical Supervision in Practice. *Nursing Standard*, 10 (29), 42-47.
- FRANCO, J. (1999). *Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas Específicas e Perspectivas de Actuação*. Porto: Universidade Portucalense, Tese de Mestrado.
- FRETWELL, J. (1985). *Freedom to Change: The Creation of a Ward Learning Environment*. Londres: Royal College of Nursing.
- GARMSTON, R., LIPTON, L. & KEISER, K. (2002). A Psicologia da Supervisão. In J. OLIVEIRA-FORMOSINHO (Org.), *A Supervisão na Formação de Professores II - Da Organização à Pessoa*. Porto: Porto Editora, 17-132
- GARRIDO, A. (2004). *A Supervisão e a Qualidade de Vida dos Enfermeiros*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- GHIGLIONE, R. & MATALON, B. (1992). *O Inquérito: Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.
- GIBBON, C. (1989). Contract Learning in a Clinical Context: Report of a Case Study. *Nurse Education Today*, 9 (4), 264-270.
- GODOY, A. (1995). Introdução à Pesquisa Qualitativa. *Revista de Administração de Empresas*, 35 (3), 20-29.
- GOMES, R., MENDONÇA, E. & PONTES, M. (2002). As Representações Sociais e a Experiência da Doença. *Cad. Saúde Pública*, 18 (5), 1207-1214.
- GONÇALVES, A. (2006). A Doença Mental: Determinação Individual ou Construção Social. *Millenium – Revista do ISPV*, 32. Documento www. URL: [\[http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/12.pdf\]](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/12.pdf), pp. 163-168

- GRAHAM, P., HUDSON-ROSS, S., ADKINS, C., MCWHORTER, P. & STEWART, J. (1999). *Teacher Mentor: A Dialogue for a Collaborative Learning*. New York: Teachers College Press, Columbia University.
- GRAY, M. & SMITH, L. (2000). The Qualities of an Effective Mentor from the Student Nurse`s Perspective: Findings from a Longitudinal Qualitative Study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (6), (1542-1549).
- GREEN, A. & HOLLOWAY, D. (1997). Using a Phenomenological Research Technique to Examine Student Nurses' Understanding of Experiential Teaching and Learning: a Critical Review of Methodological Issues. *Journal of Advanced Nursing* 26 (5), 1013 - 1019.
- HADJI, C. (1994). *A Avaliação, Regras do Jogo: Das Intenções aos Instrumentos*. Porto: Porto Editora.
- HAMA, Y. (2005). Teaching Radiology to Military Nursing Students. *Military Medicine*, 170 (8), 713 -714.
- HAWKINS, P. & SHOHET, R. (1989). *Getting the Support and Supervision you Need: Supervision in the Helping Professions*. Open University Press, Milton Keynes.
- HERON, J. (1990). *Helping the Client. A Creative Practical Guide*. London: Sage Publications.
- HERZLICH, C. (1991). A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *Physis – Revista de Saúde Colectiva*, 11 (2), 23-36.
- HOLLORAN, S. (1989). *Mentoring the Experience of Nursing Service Executives*. Boston: Universidade de Bóston.

- HULSE, S. (1989). Components of Clinical Teaching. *Radiologic Technology*, 60 (5), 434 – 435.
- INFANTE, M., SILVA, M. & ALARCÃO, I. (1996). Descrição e Análise Interpretativa de Episódios de Ensino: Os Casos Como Estratégia de Supervisão Reflexiva. In Alarcão, I (org.) *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora.
- JACKSON, D. & MANNIX, J. (2001). Clinical Nurse as Teachers Insights from Students of Nursing in their First Semester of Study. *Journal of Clinical Nursing*, 10 (2), 270-277.
- JIMÉNEZ-REYES, M. & BULBULIAN, S. (1994). *El Descubrimiento de la Radiactividad Natural*. México: Fondo de Cultura Económica. Documento www URL:[[http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/120/htm/sec\\_4.htm](http://omega.ilce.edu.mx:3000/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/120/htm/sec_4.htm)] (Consultado em 17-09-2006).
- JOHNS, C. & BUTCHER, K. (1993). Learning Through Supervision: A Case Study of Respite Care. *Journal of Clinical Nursing*, 2 (2), 89-93.
- JONES, M., WALTERS, S. & AKEHURST R. (2001). The Implications of Contact with the Mentor for Pre-registration Nursing and Midwifery Students. *Journal of Advanced Nurse*, 35 (2), 151-160.
- KAVIANI, N. & STILLWELL, Y. (2000). An Evaluative Study of Clinical Preceptorship. *Nursing Education Today*, 20, 218 - 226.
- KER, J. & DENT, J. (2002). Information-Sharing Strategies to Support Practising Clinicians In Their Clinical Teaching Roles. *Medical Teacher*, 24 (4), 437-446.

- KREBS, R. (1995). *Urie Bronfenbrenner e a Ecologia do Desenvolvimento Humano*. Santa Maria: Casa Editorial.
- KRIPPENDORFF, K. (1990). *Metodologia de Análisis de Contenido – Teoria e Práctica*. Barcelona: Paidós
- KULLMAN, J. (1998). Mentoring and the Development of Reflective Practice: Concepts and Contexts. *Systems*, 26, 471-484.
- LALANDA, M. & ABRANTES, M. (1996). O Conceito de Reflexão em J. Dewey. In Alarcão, I (org.) *Formação Reflexiva de Professores. Estratégias de Supervisão*. Porto: Porto Editora, 41 – 62.
- LARANJEIRA, C. (2006). Aprendizagem pela Experiência em Enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14 (2): 176-81.
- LASCHINGER, H. & STUTSKY, B. (1995). Changes in Student Learning Styles and Adaptive Learning Competencies Following a Senior Preceptorship Experience. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (1), 143-153.
- LEDDICK, G. (1994). *Models of Clinical Supervision*. Washington DC: Clearinghouse on Counselling and Students Services.
- LEE, H. (1989). Them and Us: Closing the Gap between Theory and Practice. *Senior Nurse*, 9 (8), 17-19.
- LIBÓRIO, O. (2000). Partilhar para Crescer. *Boletim das ECAE do Distrito de Coimbra*, 0, 12-14.
- LINARES, E., VILARIÑO, C., VILLAS, M., ÁLVAREZ-DARDET, S. & LÓPEZ, M. (2002). El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner como Marco Teórico de la Psicooncología. *Anales de la Psicología*, 18 (1), 45-59.

- LOWRY, M. (1997). Using Learning Contracts in Clinical Practice. *Prof. Nurse*, 12 (4), 280-282.
- MACEDO, A. (2004). Os Estágios dos Estudantes de Enfermagem Enquanto Actividade Formativa em Contexto Hospitalar. *Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia, Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção, Atelier: Educação e Aprendizagens*, 10-16.
- MACHADO, J. (2000). *John Dewey e a Escola Activa. Pelo Surgimento de uma Nova Escola*. Documento www.  
URL:[<http://www.planetaeducacao.com.br/novo/artigo.asp?artigo=447>]  
(consultado na Internet a 18 de Março de 2007).
- MACHADO, P. & ALMEIDA, J. (2002). *Sebenta de Gestão de Qualidade*. Porto: Escola Superior de Tecnologias da Saúde do Porto.
- MARTIN, C. (1991) - *Soigner pour Apprendre-Acquérir un Savoir Infirmier*. Paris: LEP.
- MARTINS, M. (2003). Situações Indutoras de Stress no Trabalho dos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar. *Millenium – Revista do ISPV*, 28. Documento www.  
URL: [<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/12.pdf>].
- MARTINS, S., MAURITTI, R. & COSTA, A. (2005). *Condições Socioeconómicas dos Estudantes do Ensino Superior em Portugal*. Direcção Geral do Ensino Superior.
- MASSARWEH, L. (1999). Promoting a Positive Clinical Experience. *Nurse Educator*, 24 (3), 44-47.

- MATIAS, A. (2003). Cultura Organizacional. *Fórum Média*, 5. Documento www. URL: [<http://www.ipv.pt/forumedia/5/16.htm>].
- MATOS, E. (1997). A colaboração Escola-Serviços. *Nursing*, 114, 31-34.
- MATOS, M. (2004). Psicologia da Saúde, Saúde Pública e Saúde Internacional. *Análise Psicológica - Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 3 (XXII), 449 – 462.
- MATOS, A. & SOUSA-ALBUQUERQUE, C. (2006). Estilo de Vida, Percepção de Saúde e Estado de Saúde em Estudantes Universitários Portugueses: Influência da Área de Formação. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 647-663.
- McALLISTER, M. (1996). Learning Contracts: An Australian Experience. *Nurse Education Today*, 16 (3), 199-205.
- McALLISTER, M. (2001). Principles for Curriculum Development in Australian Student Nursing: an Examination of die Literature. *Nurse Education Today*, 21, 304-314.
- McBRIEN, B. (2006). Clinical Teaching and Support for Learners in the Practice Environment. *British Journal of Nursing*, 15 (12), 672- 676.
- MILA, J. (2001). La Supervisión Clínica y la Supervisión Institucional, Ineludibles Instancias de Formación de Postgrado o Formación Permanente en Psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 4, 75-82.
- MILLER, M., & BABCOCK, D. (1996). *Critical Thinking Applied to Nursing*. St. Louis: Mosby.

- MORNA, M. (1995). *Interacção Professor-Aluno nas Práticas Clínicas de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Tese de Mestrado.
- MURDAUGH, C. (1998). The Value of Mentors and Facilitators in the Pursuit of Excellence. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 12 (2), 65-72.
- MYERS, S., & BENSON, H. (1992). Psychological Factors in Healing: A New Perspective on an Old Debate. *Behavioral Medicine*, 18, 5-11.
- MYRICK, F. & YONGE, O. (2002). Preceptor Behaviours Integral to the Promotion of Student Critical Thinking. *Journal for Nurses in Staff Development*, 18 (3), 127-133.
- NEARY, M. (1997). Defining the Role of Assessors, Mentors and Supervisors: Part 1. *Nursing Standard*. 11 (42), 34-39.
- NEARY, M. (2001). Responsive Assessment: Assessing Student Nurses Clinical Competence. *Nurse Education Today*, 21 (1), 3-17.
- NICKLIN, P. (1997). A Practice-centred Model of Clinical Supervision. *Nursing Times*, 93 (46), 52-54.
- NORMAN, I. & REDFERN, S. (1993). Quality Assurance in Nursing Care: From Inspection to Opportunity. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 6 (5), 5-12.
- NÓVOA, A. (1988). O Método (Auto) Biográfico na Encruzilhada dos Caminhos (e Descaminhos) da Formação de Adultos. *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (2), 7-20.

- NÓVOA, A. (1991). Concepções e Práticas de Formação Contínua de Professores. In: *Formação Contínua dos Professores: Realidades e Perspectivas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 15-38.
- NÓVOA, A.(1992). Formação de Professores e Profissão Docente. In: NÓVOA, A. (org.). *Os Professores e a sua Formação*. Lisboa: Publicações D. Quixote, 15-34.
- OLIVEIRA, M. (1995). *Vygotsky: Aprendizado e Desenvolvimento, um Processo Sócio-histórico*. São Paulo: Scipione.
- ORGA, S. (2002). Supervision: The Process of Life-long Learning in Social and Educational Professions. *Journal of International Care*, 16 (3), 265-276.
- OWENS, J. & PATTON, J. (2003). Take a Chance on Nursing Mentorships: Enhance Leadership with This Win-Win Strategy. *Nursing Education Perspectives*, 24 (4), 198-204.
- PACHECO, J. (2005). A Pessoa Humana e a Doença. *Educação*, 1 (55), 31-44.
- PARSE, R. (1998). *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and Other Health Professional*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- PETITAT, A. (1994). *Produção da Escola/Produção da Sociedade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- PEREIRA, M. (1996). *Percepção da Relação Professor/Aluno na Prática Clínica de Enfermagem*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Tese de Mestrado.
- PEREIRA, M. (2003). Desenvolvimento Psicológico Segundo Vygotsky: Papel da Educação. *Revista Electrónica do Curso Normal do Instituto Superior de*

*Educação*. Documento www.

URL:[<http://www.divinopolis.uemg.br/revista/revista-eletronica3/artigo9-3.htm>]

(Visitado a 11 de Janeiro de 2008).

PIRES, R. (2004). Acompanhamento da Actividade Clínica dos Enfermeiros: Contributos para a Definição de uma Política Organizacional. Aveiro: Universidade de Aveiro, Tese de Mestrado.

PIRES, R., MORAIS, E., SANTOS, M., KOCK, M., SARDO, M. & MACHADO, M. (2004). Supervisão Clínica dos Alunos de Enfermagem. *Sinais Vitais*, 54, 5-15.

PHILLIPS, R., DAVIES, W. & NEARY, M. (1996). The Practitioner-Teacher: A Study in the Introduction of Mentors in the Pre-registration Nurse Education Programme in Wales - part 2. *Journal Of Advancing Nursing*, 23 (6), 1080-1088.

POLIT, D. (1999). *Nursing Research. Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincott.

PORTUGAL, G. (1992). *Ecologia e Desenvolvimento Humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: CIDINE.

PORTUGAL, G. (1994). Contextos como Facilitadores do Desenvolvimento: Suas Características. In Tavares, J. (org.). *Para Intervir em Educação*. Aveiro: CIDINE, 233-247.

POWELL, J. (1989). The Reflective Practitioner in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 824-832.

PROCTOR, B. (1991). On Being a Trainer. In: DRYDEN, W. & THORNE, B. (org) *Training and Supervision for Counselling in Action*. Wiltshire: Sage Publication, 49-86.

- QUEIRÓS, A., SILVA, L. & SANTOS, A. (2000). *Educação em Enfermagem*. Coimbra. Quarteto.
- QUINN, F. (1988). *The Principles and Practice of Nurse Education*. Londres: Chapman and Hall.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- RAIJ, K. (2000). *Toward a Profession: Clinical Learning in a Hospital Environment as Described by Student Nurses*. Helsinki: University Of Helsinki, Department of Education, Research Report 166.
- RAPOSO J., SILVESTRE, M. & ABECASIS, F. (1995). *História da Sociedade Portuguesa de Radiologia e Medicina Nuclear*. Documento www. URL:[<http://www.sprmn.pt/historia/index.htm>]. (consultado a 01-12-2006).
- RIBEIRO, D. (1996). *Modelos e Estilos de Supervisão Facilitadores dos Processos de Autonomia*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.
- RIBEIRO, J. (1994). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In MCINTYRE, T., *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção Perspectivas Futuras*. Braga: APPORT, 55-72.
- RIBEIRO, L. (1995). *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa.
- RIBEIRO, O. (2006). Cultura Organizacional. *Millenium - Revista do ISPV*, 32 .  
<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium32/13.pdf>

- RICHARDSON, S. (1987). Implementing Contract Learning in a Senior Nurse Practicum. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (2), 201-206.
- RIDDLE, E. (1999). *Lev Vygotsky's Social Development Theory*.  
<http://www.kihd.gmu.edu/immersion/knowledgebase/theorists/constructivism/vygotsky.htm> (visitada em 17/2/2007).
- ROBALO, L. (2006). A Intervenção do Fisioterapeuta na Comunidade: Uma Necessidade e uma Oportunidade. *Essfisionline*, 2 (4), 50-66.
- ROGERS, C. (1967). *On Human Becoming*. London: Constable.
- SAARIKOSKI M. (2003). Mentor Relationship as a Tool Of Professional Development Of Student Nurses In Clinical Practice. *The International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 9, (1), 1014-1024.
- SÁ-CHAVES, I. (1993). Projectos de Concepção Integrada na Formação de Professores para uma Formação Transversal. in: TAVARES, J. (Org.), *Linhas de Rumo em Formação de Professores. 1º Congresso Internacional de Formação de Professores nos Países de Língua e Expressão Portuguesas*, Aveiro: Universidade de Aveiro, 453-458.
- SÁ-CHAVES, I (1994). *A Construção do Conhecimento pela Análise Reflexiva da Praxis*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Doutoramento.
- SÁ-CHAVES, I (1997). *Percursos de Formação Profissional*. Porto: Porto Editora.
- SÁ-CHAVES, I. (2000). Formação, Conhecimento e Supervisão: Contributos nas Áreas da Formação de Professores e de outros Profissionais. Aveiro: Universidade de Aveiro.

- SÁ-CHAVES, I. (2000b). *Portfolios Reflexivos: Estratégias de Formação e de Supervisão*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- SCANLON, C. & WEIR, W. (1997). Learning from Practice? Mental Health Nurses' Perceptions and Experiences of Clinical Supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 295-303.
- SCHÖN, D. (1990). *Educating the Reflective Practitioner*, San Francisco: Jossey-Bass.
- SCHÖN, D. (1991). *The Reflective Turn. Case Studies in and on Educational Practice*. New York: Teachers College Press.
- SERAPIONI, M. (1999). Avaliação da Qualidade em Saúde: A Contribuição da Sociologia da Saúde para a Superação da Polarização entre a Visão dos Usuários e a Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Saúde em Debate*, 23 (53), 81-92
- SEVALHO, G. (1993). Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3), 349 – 363.
- SILVA, D. (2002). Correntes de Pensamento em Ciências de Enfermagem. *Millenium – Revista do ISPV*, 26.  
[http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26\\_24.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_24.htm)
- SILVA, D. & SILVA, E. (2004). Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Millenium – Revista do ISPV*, 30. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>
- SIMÕES, J. (2004). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: A Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro: Universidade de Aveiro. Tese de Mestrado.

- SHIPTON, S. (2002). The Process of Seeking Stress-Care: Coping as Experienced by Senior Baccalaureate Nursing Students in Response to Appraised Clinical. *Journal of Nursing Education*, 41 (6), 243-257.
- SLOAN, G. (1999). Understanding Clinical Supervision from a Nursing Perspective. *British Journal of Nursing*, 8 (8), 524-529.
- SMITH, M. (2001). David A. Kolb on Experiential Learning. *The Encyclopedia of Informal Education*, <http://www.infed.org/b-explrn.htm> (consultada na Internet a 5 de Março de 2007).
- SPOUSE, J. (2001). Bridging Theory and Practice in the Supervisory Relationship: A Sociocultural Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 512-522.
- SPOUSE, J. (1996). The Effective Mentor: A Model for Student-Centred Learning in Clinical Practice. *Nursing Times Research*, 1 (2), 120-133.
- STEVES, A (2005). Improving the Clinical Instruction of Student Technologists. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, 33, 205-209.
- SUBRAMANIAM, R., SCALLY, P. & GIBSON, R. (2004). Problem-based Learning and Medical Student Radiology Teaching. *Australasian Radiology*, 48, 335-338.
- SZUMLAS, B. (1999). *Mentoring: A literature Review*. The Alberta Teacher's Association.
- TAIT, J. (1994). *Opening Address at Clinical Supervision – Conference*. Birmingham. England.
- TAMAYO, R. (1988). *El Concepto de Enfermedad: Su Evolución a Través de la Historia*. México: Fondo de Cultura Económica.

- TAVARES, J. (1997). A Formação como Construção do Conhecimento Científico e Pedagógico, In: SÁ-CHAVES, I. (org) *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, 59-73.
- TAVORA, M. (2002). Um Modelo de Supervisão Clínica na Formação do Estudante de Psicologia: A Experiência da UFC. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 121-130.
- TEITELBAUM, K. & APPLE, M. (2001). John Dewey. *Currículo Sem Fronteiras*, 1 (2), 194-201.
- TEIXEIRA, M. (2000). *Factores Facilitadores e Dificultadores da Aprendizagem na Prática Clínica. Abordagem Fenomenológica das Vivências dos Alunos*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Tese de Mestrado.
- TEIXEIRA, J. (2007). Comunicação em Contexto Clínico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 23, 151-4.
- USHER, R. & BRYEN, I. (1992). *La Educación de Adultos como Teoría, Práctica y Investigación. El Triangulo Cautivo*. Madrid: Morata.
- VALA, J. (1986). A Análise de Conteúdo. In: SILVA, A. & PINTO, J. (org). *Metodologia das Ciências Sociais*. 4.<sup>a</sup> Edição. Porto: Edições Afrontamento.
- VASCONCELOS, C. (2000). A Reflexão: um Elemento Estruturador da Formação de Professores. *Millenium – Revista do ISPV*, 17. Documento www.  
URL:[[http://www.ipv.pt/millenium/17\\_ect9.htm](http://www.ipv.pt/millenium/17_ect9.htm)].
- VASCONCELOS, E. (1992). Receba Bem o Estagiário. *Formar*, 7, 28-31.

- VIEIRA, F. (1993). *Supervisão: Uma Prática Reflexiva de Formação de Professores*. Rio Tinto: Edições Asa.
- VIEIRA, R. (2003). *Formação Continuada de Professores do 1º e 2º Ciclos do Ensino Básico para uma Educação em Ciências com Orientação CTS/PC*. PowerPoint apresentado na disciplina de Seminários de Dissertação do Curso de Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro. Ano lectivo de 2005/2006.
- WICKE, L. (1990). *Atlas de Anatomia Radiológica*. S. Paulo: Livraria e Editora Santos.
- WILSON, V., LENERS, D., FENTON, J. & CONNOR, P. (2005). Mentorship: Developing and Inspiring the Next Generation of Nursing Leaders. *Nurse Leader*, 3 (6), 44-46.
- WISEMAN, R. (1993). *Role Model Behaviours in the Clinical Setting*. Maryland: University of Maryland, Tese de Doutoramento.
- WONG, J. & WONG, S. (1987) Towards Effective Clinical Teaching in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 12 (4), 505-513.
- WOODROW, P. (1994). Mentorship: Perceptions and Pitfalls for Nursing Practice. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 812-818.
- WRIGHT, H (1989). *Groupwork : Perspectives and Practice*. Oxford: Sutton Press.
- YIN, R. (1991). *Case Study Research – Design and Methods*. Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.
- YODER, L. (1990). Mentoring: A Concept Analysis. *Nursing Administration Quarterly*, 15 (1), 9-19.

## **Legislação**

PORTUGAL - Decreto-Lei nº 28794 de 1938. (regulamenta o acesso à profissão de Ajudante de Técnico de Radiologia).

PORTUGAL - Portaria nº 18523 de 12 de Junho de 1961. (cria os Centros de Preparação de Técnicos e Auxiliares dos Serviços Clínicos do Ministério da Saúde e Assistência).

PORTUGAL - Decreto-Lei nº 371/82 de 10 de Setembro. (Cria a Escola Técnica dos Serviços de Saúde do Porto).

PORTUGAL - Decreto-Lei nº 384-b/85 de 30 de Setembro. (Cria a carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica, bem como o Curso Complementar de Ensino e Administração).

PORTUGAL - Portaria nº 256-a/86 de 28 de Maio. (Define o conteúdo funcional e as competências dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica).

PORTUGAL - Portaria nº 549/86 de 24 de Setembro. (Estabelece como habilitações literárias mínimas de ingresso nos cursos ministrados pelas ETSS, o 12 Ano de Escolaridade).

PORTUGAL - Decreto-Lei nº 415/93 de 23 de Dezembro. (integra a formação das áreas da tecnologias da saúde no sistema educativo nacional, ao nível do ensino Superior Politécnico).

PORTUGAL - Decreto-Lei nº 99/2001 de 28 de Março (Cria os Institutos Politécnicos da Saúde, sob a tutela exclusiva do Ministério da Educação).

## **Anexo 1 – CLASI-M**

# **QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA**

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

Elaborado por:

**Teresa Calvário  
Wilson Correia de Abreu**

**Janeiro de 2005**

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA

### PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FORMANDOS

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

7 Durante o Curso teve oportunidade de estagiar em serviços similares?

Sim  1

Não  2

8 Número de estágios anteriores

1 - 2  1

3 - 4  2

5 - 6  3

Outro especifique: -----

\_\_\_\_\_

9 Demora média dos utentes (internamento)

Menos de uma semana  1

1 a 2 semanas  2

3 a 4 semanas  3

Mais de um mês  4

2 ou mais meses  5

10 Duração média do estágio\_  
\_\_\_\_\_ semanas

11 Categoria profissional do tutor ou orientador:

Enfermeiro  1

Enfermeiro graduado  2

Enfermeiro especialista  3

Enfermeiro Chefe  4

Outro: \_\_\_\_\_  5

## PARTE II – O CONTEXTO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

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

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

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA

---

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

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA

- 28 A relação com o grupo de colegas favoreceu a sua aprendizagem Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 29 Sentiu a falta do tutor quando teve de tomar decisões? Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 30 Em termos globais, a orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada: Boa   
Suficiente   
Insuficiente
- 31 No final do estágio, no contexto da avaliação, foram-lhe indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação? Sempre   
Por vezes   
Nunca
- 32 O responsável pelo acompanhamento do ensino clínico estava preparado para o momento de avaliação? Sim   
Não

**PARTE III**

**INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO**

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

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

	<b>ACOMPANHAMENTO CLÍNICO</b>	<b>Pontuação</b>			
<b>1</b>	Tive oportunidade de discutir com o tutor os meus objectivos para o estágio	1	2	3	4
<b>2</b>	Os objectivos negociados entre mim e o tutor eram pertinentes e exequíveis	1	2	3	4
<b>3</b>	Os objectivos negociados entre mim e o tutor eram mensuráveis	1	2	3	4
<b>4</b>	Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados, embora o considerasse necessário	1	2	3	4
<b>5</b>	O tutor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber qual a minha opinião sobre o assunto	1	2	3	4
<b>6</b>	As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estadió de aprendizagem	1	2	3	4
<b>7</b>	Tive oportunidade de discutir com o tutor as actividades a desenvolver	1	2	3	4
<b>8</b>	Tive oportunidade de discutir com o tutor o estilo de acompanhamento facultado	1	2	3	4
<b>9</b>	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo tutor	1	2	3	4
<b>10</b>	O tutor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno (s)	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA

	<b>ACOMPANHAMENTO CLÍNICO</b>	<b>Pontuação</b>			
<b>11</b>	Na ausência do tutor, senti que a equipe estava a par da minha situação de aprendizagem	1	2	3	4
<b>12</b>	Só tive conhecimento da opinião do tutor sobre a minha aprendizagem no final do estágio	1	2	3	4
<b>13</b>	O tutor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	1	2	3	4
<b>14</b>	As apreciações disponibilizadas pelo tutor estavam focalizadas na minha experiência concreta	1	2	3	4
<b>15</b>	Tive oportunidade de discutir com o tutor as orientações teóricas e filosóficas da assistência	1	2	3	4
<b>16</b>	O tutor ajudou-me a desenvolver as capacidades de relação com a equipe e com os doentes	1	2	3	4
<b>17</b>	Senti-me descontraído nas sessões de supervisão disponibilizadas pelo tutor	1	2	3	4
<b>18</b>	Contei com a ajuda do tutor na altura de tomar decisões difíceis a nível clínico	1	2	3	4
<b>19</b>	Senti que os meus “tempos” de aprendizagem foram respeitados pelo tutor	1	2	3	4
<b>20</b>	A presença do tutor inibia-me durante a prestação de cuidados	1	2	3	4
<b>21</b>	O tutor foi para mim um exemplo de um “bom profissional”	1	2	3	4
<b>22</b>	O tutor preocupou-se em criar um bom “clima de aprendizagem”	1	2	3	4
<b>23</b>	Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o tutor	1	2	3	4
<b>24</b>	Fiquei satisfeito (a) com a supervisão disponibilizado pelo tutor	1	2	3	4

**PARTE IV - MOMENTOS SIGNIFICATIVOS**

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

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

---

---

---

---

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

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---



## **Anexo 2 – CLASI-M Modificado**



**Questionário de Avaliação da  
Orientação Clínica**

Elaborado por:

**José Manuel Rodrigues Pereira**

Abril de 2007

Caros alunos,

Os estágios inseridos na disciplina de Educação Clínica I representam uma das componentes de aprendizagem, mais importantes do Curso em Radiologia, pois permitem aos alunos o contacto real com a profissão, adquirindo competências, atitudes e novos conhecimentos que lhes permitam uma melhor integração na vida profissional. Um dos elementos chave na aprendizagem em ambiente clínico reside no monitor de estágio e na relação que este mantém com o aluno.

Nessa perspectiva é importante conhecer a avaliação que os alunos do curso de Radiologia fazem sobre a sua experiência em estágio.

O presente inquérito tem como finalidade recolher dados que permitam conhecer a percepção dos alunos do Curso de Radiologia sobre a forma como decorreram os seus estágios, bem como a importância que o monitor de estágio teve no seu processo de aprendizagem. Insere-se numa investigação realizada no âmbito do Mestrado em Supervisão da Universidade de Aveiro, sobre a Formação Clínica em Radiologia.

O inquérito é anónimo e não existem respostas certas nem erradas. Responda de acordo com as percepções por si recolhidas durante o último estágio que realizou. A sua resposta é fundamental para que a investigação seja concluída com sucesso.

Muito obrigado pela colaboração.

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ORIENTAÇÃO CLÍNICA**

**PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS FORMANDOS**

**1 Idade** \_\_\_\_\_(anos)

**2 Sexo:**

Masculino  1

Feminino  2

**3 Estado Civil:**

Solteiro  1

Casado  2

Viúvo  3

Divorciado  4

**4 Ano Curricular:**

Primeiro  1

Segundo  2

Terceiro  3

Quarto  4

**5 Educação Clínica (Ultimo local de estágio):**

Tomografia Computorizada  1

Neurorradiologia/ Intervenção  2

Mamografia / Bloco Operatório  3

Radiologia Convencional  4

Serviço de Urgência  5

Ressonância Magnética  6

**6 Duração do estágio (por semana):**

10 a 15 horas  1

15 a 20 horas  2

20 a 25 horas  3

25 a 30 horas  4

>30 horas (especifique)  5

**7 Durante o curso teve a oportunidade de estagiar em locais de estágio similares:**

- Sim  1  
Não  2

**8 Número de estágios anteriores no corrente ano lectivo:**

- 1 – 2  1  
3 – 4  2  
5 – 6  3  
7 – 8  4

**9 Duração média do estágio:**

- 1 Semana  1  
2 Semanas  2  
3 Semanas  3  
4 Semanas  4

**10 Categoria Profissional do Monitor de Estágio:**

- Técnico de 2ª classe  1  
Técnico de 1ª classe  2  
Técnico Principal  3  
Técnico Especialista  4  
Técnico Especialista de 1ª  5

## PARTE II – O CONTEXTO DE ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

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

- 1 Na Escola, durante a preparação do estágio, as informações facultadas sobre o mesmo foram:**
- Suficientes
- Insuficientes
- 2 No início do estágio ficou bem definido o papel e a responsabilidade do aluno durante a sua permanência no serviço/unidade de cuidados:**
- Sim
- Não
- 3 Antes de iniciar o estágio, que tipo de conhecimento possuía do serviço/unidade de cuidados?**
- Adequado
- Moderado
- Inadequado
- 4 A INSTITUIÇÃO onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a recepção dos alunos?**
- Sim
- Não
- 5 O SERVIÇO onde realizou o estágio desenvolveu uma acção específica para a integração dos alunos?**
- Sim
- Não
- 6 Qual o tipo de acompanhamento disponibilizado pelo serviço onde realizou o estágio?**
- Disponibilizou um monitor ou conjunto de monitores
- Fui orientado pela equipe de técnicos sem monitor nomeado
- Misto (monitor(es) e equipe de técnicos)

- 7 O seu monitor ou monitores de estágio foram-lhe apresentados no início do estágio?**
- Sim
- Não
- 8 Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, no INÍCIO do estágio?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 9 Sente que teve oportunidade de expressar as suas necessidades em matéria de formação, DURANTE o estágio?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 10 Durante o estágio foi envolvido em actividades com a equipa de saúde?**
- Sim
- Não
- 11 Teve possibilidade de aceder a recursos didácticos para aprofundar os seus estudos?**
- Sim
- Não
- 12 Foi orientado para a realização de um dossier/diário individual de aprendizagem ou outro instrumento similar?**
- Sim
- Não
- 13 Foi facultada, antes do estágio, informação sobre a política organizacional em matéria de controlo da infecção hospitalar?**
- Sim
- Não

- 14 Informei o monitor sobre a forma como prosseguia os objectivos?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 15 O monitor ajudou-me a elaborar o plano de actuação adequado para o doente em causa?**
- Sim
- Não
- 16 Durante o estágio foram disponibilizados momentos específicos e individualizados para reflexão sobre as suas experiências clínicas?**
- Em número suficiente
- Em número insuficiente
- Não foram disponibilizadas
- 17 Durante o estágio foram consagrados momentos específicos para a discussão de aspectos relativos ao seu desenvolvimento geral no estágio?**
- Não
- Diariamente
- Ocasionalmente
- Semanalmente, no serviço
- Semanalmente, na Escola
- 18 Durante o estágio foram disponibilizados momentos específicos para reflexão sobre questões de ordem ética e deontológica?**
- Em número suficiente
- Em número insuficiente
- Não foram disponibilizadas
- 19 O docente responsável pela disciplina esteve disponível para o apoiar, quando por si solicitado?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca

- 20 O monitor ou grupo de monitores proporcionaram-me supervisão durante todo o estágio?**
- Sim
- Não
- 21 Durante o estágio sentiu-se à vontade para colocar dúvidas, solicitar esclarecimentos ou pedir ajuda?**
- Sim
- Não
- 22 O monitor ou grupo de monitores teve em conta os seus problemas pessoais?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 23 Esteve no serviço como elemento supranumerário (para além da equipe habitual)?**
- Sim
- Não, senti que estive a substituir Técnicos de Radiologia
- 24 Teve oportunidade de conhecer as políticas e práticas do serviço em matéria de qualidade?**
- Sim
- Não
- 25 A sua qualidade de aluno(a) da Escola favoreceu o processo de orientação?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 26 A relação com os Técnicos de Radiologia do Serviço onde estagiou favoreceu a sua aprendizagem?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca

- 27 A relação com o grupo de colegas favoreceu a sua aprendizagem?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 28 Sentiu a falta do monitor quando teve de tomar decisões?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 29 No final do estágio, no contexto da avaliação, foram-lhe indicadas as áreas deficitárias em matéria de formação?**
- Sempre
- Por vezes
- Nunca
- 30 O monitor ou monitores de estágio estavam preparados para o momento de avaliação?**
- Sim
- Não
- 31 Em termos globais, a orientação que lhe foi disponibilizada pode ser considerada:**
- Boa
- Suficiente
- Insuficiente

### PARTE III – INVENTÁRIO DA AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

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

Não Concordo Nada	Concordo pouco	Concordo Bastante	Concordo Muito
1	2	3	4

	Acompanhamento clínico	Pontuação			
<b>1</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor os meus objectivos para o estágio	1	2	3	4
<b>2</b>	Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram pertinentes e exequíveis	1	2	3	4
<b>3</b>	Os objectivos negociados entre mim e o monitor eram mensuráveis	1	2	3	4
<b>4</b>	Tive oportunidade de reformular os objectivos traçados, quando o achei necessário	1	2	3	4
<b>5</b>	O monitor indicou-me as actividades a desenvolver, sem saber a minha opinião sobre o assunto	1	2	3	4
<b>6</b>	As actividades que me foram propostas eram irrealistas face ao meu estagio de aprendizagem	1	2	3	4
<b>7</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor as actividades a desenvolver	1	2	3	4
<b>8</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor o estilo de acompanhamento facultado por ele	1	2	3	4
<b>9</b>	Consegui compreender as orientações disponibilizadas pelo monitor	1	2	3	4
<b>10</b>	O monitor envolveu a equipe no acompanhamento do(s) aluno(s)	1	2	3	4
<b>11</b>	Na ausência do monitor, senti que a equipe estava a par da minha situação de aprendizagem	1	2	3	4
<b>12</b>	Só tive a opinião do monitor sobre a minha aprendizagem no final do estágio	1	2	3	4
<b>13</b>	O monitor equilibrou as suas orientações, fornecendo opiniões positivas e negativas	1	2	3	4
<b>14</b>	As apreciações disponibilizadas pelo monitor estavam focalizadas na minha experiência concreta	1	2	3	4
<b>15</b>	Tive oportunidade de discutir com o monitor questões ligadas ao código deontológico da profissão	1	2	3	4
<b>16</b>	O monitor ajudou-me a desenvolver as competências de relação e comunicação com os doentes e equipe de profissionais	1	2	3	4
<b>17</b>	Senti-me descontraído durante os momentos de reflexão sobre o estágio promovidos pelo monitor	1	2	3	4
<b>18</b>	Contei com a ajuda do monitor para a tomada de decisões técnicas durante o estágio	1	2	3	4
<b>19</b>	Senti que os meus “timings” de aprendizagem foram respeitados pelo monitor	1	2	3	4
<b>20</b>	A presença do monitor inibia-me durante a realização dos exames	1	2	3	4
<b>21</b>	O monitor foi para mim um exemplo de um “bom profissional”	1	2	3	4
<b>22</b>	O monitor preocupou-se em criar um bom “clima de aprendizagem”	1	2	3	4
<b>23</b>	Senti que existiu uma relação de proximidade entre a Escola e o monitor de estágio	1	2	3	4
<b>24</b>	Fiquei satisfeito com a supervisão do estágio disponibilizada pelo monitor	1	2	3	4

**PARTE IV – MOMENTOS SIGNIFICATIVOS**

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

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

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

- 3 Relate uma situação significativa (positiva ou negativa) na qual o monitor de estágio tenha tido uma intervenção activa

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---