MARIA DE FÁTIMA MENDES MARQUES

APRENDER A DECIDIR EM TEMPOS DE ESCOLA. A FORMAÇÃO SUPERIOR E A APRENDIZAGEM DA TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE CUIDADOS

Orientador: António Neves Duarte Teodoro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Instituto de Educação

Lisboa

2015

MARIA DE FÁTIMA MENDES MARQUES

APRENDER A DECIDIR EM TEMPOS DE ESCOLA. A FORMAÇÃO SUPERIOR E A APRENDIZAGEM DA TOMADA DE DECISÃO NO PROCESSO DE CUIDADOS

Tese defendida em provas públicas na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 30 de janeiro de 2015, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º 518/2014 de 16 de dezembro de 2014, com a seguinte composição:

Presidente:
Prof.ª Doutora Rosa Serradas Duarte – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Arguentes:
Prof.ª Doutora Luisa Maria D'Espiney ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Prof. Doutor Luís Carvalho – Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto
Vogais:
Prof.ª Doutora Ana Carita – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Prof.ª Doutora Almira Alves dos Santos - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas
Prof. Doutor Henrique Pereira – Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis
Orientador:
Prof. Doutor António Neves Duarte Teodoro – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Instituto de Educação

Lisboa

2015

Aprender, aprender a aprender, reflectir, pensar, aprender a pensar e a reflectir, conhecer e avaliar os processos do próprio pensamento é realmente adquirir e construir conhecimento a partir do já conhecido ou do ainda por descobrir e conhecer.

Flora Azevedo (2010)

Aos meus pais, Eduarda e Luís,

que perante a curiosidade sempre me motivaram a aprender.

À Margarida,

cujo incentivo me serviu de alento em tantos momentos.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor António Teodoro, pela confiança, incentivo, orientação e partilha de saber. E, se como diz, este é um trabalho solitário e solidário, um forte agradecimento por estar 'sempre aí' e pelo encorajamento constante.

À Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pelo seu consentimento e interesse demonstrado na realização deste estudo, bem como pelo incentivo durante a realização deste trabalho.

Aos professores, enfermeiros e estudantes que participaram neste estudo, pela adesão e disponibilidade de se exporem.

Ao Departamento de Enfermagem de Reabilitação, pela solidariedade.

À equipa de docentes e aos estudantes da unidade curricular 'Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem' pelo questionamento e estímulo cognitivo que me permitiram assentar ideias.

À Dr.ª Natércia, Dr.ª Isabel, Sr.ª D. Rosa e Sr.ª D. Vanessa, do Centro de Documentação, pelo apoio incondicional que foi dado ao longo de toda a elaboração deste estudo.

Às 'amigas do peito' pelas histórias de vida e pelo testemunho que me fizeram acreditar que era possível estar aqui hoje.

À Belinda, pelo incentivo de me fazer 'pensar em inglês'.

À Mané, pelo estímulo e apoio demonstrado.

À Mi, pelo desinquietar constante e pelos desafios lançados.

À Graça e à Isabel, pelos cuidados e pelos passeios quando a 'carga' era muito pesada.

À Carla, amiga e colega de percurso, pelas partilhas de alegrias e de angústias, pelo encorajamento na realização deste trabalho e pelo olhar crítico do outro lado das ciências da educação.

À Rita, pelo amparo neste longo caminhar junto que levamos.

À Minda, pela preocupação constante e pelo portuguesismo criterioso.

À Dulce, porque 'simplesmente' os amigos aparecem quando são necessários.

À Dida, por me 'amadrinhar' mais uma vez e pelas orientações segurizantes que não davam azo a dúvidas.

Aos restantes elementos do 'bando das quatro', Vanda, Deolinda e Eunice, por todos os mimos. À Vanda e à Deolinda, um duplo agradecimento pelos seus olhares críticos de

docentes. A Vanda, um obrigado especial pelo seu cuidado SEMPRE atento e disponível.

À minha mãe, Eduarda, pelo incentivo em utilizar 'óculos cor-de-rosa' perante a vida e por todo o 'colo' dado durante este trabalho e em outros tão, ou mais, difíceis.

Aos restantes mosqueteiros, Ricardo, Bernardo, Diogo e Zé Luís, cujo amor foi essencial para a conclusão deste percurso bem como de outros que se atravessaram no caminho. Ao Ricardo um duplo obrigado pelo rigor e pelo inglesismo.

A todos os familiares, amigos e colegas que, de algum modo, deram o seu contributo, sem o qual teria sido mais difícil 'chegar a bom porto'.

Resumo

Este trabalho teve como objectivo identificar e caracterizar como o currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem promove o desenvolvimento das competências da tomada de decisão e quais as estratégias pedagógicas usadas para a sua aprendizagem, reforçando as competências dos estudantes e a capacidade para prestar cuidados de qualidade aos utentes.

Para poder compreender o efeito que a formação superior provocou na aprendizagem da competência de tomada de decisão, analisou-se a forma como um novo currículo foi construído e vivenciado pelos formadores de enfermagem (docentes de enfermagem, enfermeiros orientadores), a articulação com as suas concepções de tomada de decisão, as estratégias desenvolvidas na formação desta competência e a perspectiva dos estudantes sobre a forma como tomavam decisões.

Os resultados do estudo sugerem uma concepção de educação crítico-reflexiva, num discurso nem sempre linear e com algumas áreas menos homogéneas. Se o currículo parece centrado na promoção da aprendizagem do pensamento crítico, e embora se referenciem princípios de mudança curricular, quer pelos conceitos de currículo, quer pela participação dos docentes na elaboração do currículo, na prática a estrutura parece apostar na continuidade com laivos de inovação. As concepções dos formadores e as estratégias de ensino sugerem uma adequação com o currículo, fomentando o pensamento crítico, o incidir na aprendizagem por problemas e na reflexão, evidenciando-se uma conceptualização da tomada de decisão que os estudantes parecem demonstrar ter. Estes aspectos pouco nítidos da aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados sugerem algumas situações dilemáticas que emergem entre a articulação da norma e da acção, como uma escolha difícil entre o ideal e o real.

Palavras-chaves: ensino superior, licenciatura em enfermagem, tomada de decisão, competências, estratégias de ensino.

Abstract

The goal of this thesis was to identify and characterize how a curriculum of the degree in nursing promotes the development of the decision making skills and which pedagogical strategies are used in its learning, reinforcing the students' skills and the ability to provide quality care to patients.

In order to understand the impact of a higher education on the learning skills of the decision making, we analyzed how a new curriculum was built and experienced by nursing educators (nursing professors and mentors), the relation with the conceptions of the decision making, the developed strategies in the formation of this skill and the students' point of view on how they made decisions.

The study's results suggest a conception of a critical and reflective education, in a discourse that isn't always linear and with some areas that aren't that clear. If the curriculum is centered in the learning of the critical thinking, and even though there are some curricular changes, whether is on its concepts or the participation of the nursing professors on its creation, it is more directed on its continuity rather than on its innovation. The nursing educators conception and their strategies of teaching look identical to the curriculum, concentrated on the development of the critical thinking, on the learning by problem solving and by reflecting, promoting a conceptualization of decision making that students seem to have. These foggy aspects of the learning of the decision making in the care process suggest some dilemmas that emerge between the articulation of the norm and the action, with a difficult choice between what's ideal and what's real.

Key words: higher education, nursing, decision making, skills, teaching strategies.

Abreviaturas

3E – Estudante do terceiro ano do CLE

4E – Estudante do quarto ano do CLE

A3ES – Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

ARS – Administração Regional de Saúde

ASE – Análise de Situações de Enfermagem

CCIPS – Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CRUP – Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas

DCS – Decisional Conflict Scale

DE – Docente de Enfermagem

DGES – Direcção-Geral do Ensino Superior

EACEA – Education, Audiovisual and Culture Executive Agency

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EC – Ensino Clínico

ECESCF – Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família

ECECJP – Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem: Pediatria

ECESM – Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Mulher

ECESMP – Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

ECPPEC – Ensino Clínico de Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica

ECECJSI – Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem: Saúde Infantil

ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System

ECTDS – Escala de Conflito na Tomada de Decisões em Saúde

EDE – Ética e Deontologia de Enfermagem

EEES – Espaço Europeu do Ensino Superior

EO – Enfermeiro Orientador

EOH – Enfermeiro Orientador de Hospital

EOUSF – Enfermeiro Orientador de Unidade de Saúde Familiar

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA –European University Association/ Associação Europeia das Universidades

EV – Endovenoso

HEE – História e Epistemologia de Enfermagem

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ICN – International Council of Nurses

IE – Investigação em Enfermagem

IES – Instituições de Ensino Superior

INASCL – International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning

MEC – Ministerio da Educação e Ciência

MEDLINE – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OPT – Outcome-State, Present-State e Testing

PBL – Problem Based Learning

PE – Processo de Enfermagem

PLES – Plano de Estudo

PICO – Participantes (P); Intervenções (I); Comparações (C); e Outcomes (O)

PVC – Pressão Venosa Central

QEQ – Quadro Europeu de Qualificações

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RJIES – Regime Jurídico das Instituições do Ensino Superior

TDPOI – Tomada de Decisão da Primeira Opção Identificada

TP – Teórica-Prática

INDICE GERAL

INTRODUÇÃO 18

Da Definição do Problema às Questões de Investigação 19

Percurso Metodológico 24

Participantes no estudo 29

Instrumentos de recolha de dados 35

A entrevista 36

A análise documental 37

Os diários de aprendizagem 39

Tratamento dos dados 40

Limites do estudo 44

Organização do Estudo 45

CAPÍTULO I – A Europeização das Políticas Educativas 47

1 – As Políticas Educativas como Protagonistas de 'Unionização'? 48

1.1 – A Educação como «leitmotiv» de uma Europa unida? 48

1.2 – A construção de um referencial para a educação superior? 53

2 – Que Reforma do Ensino Superior Português? 59

2.1 – Regime jurídico vigente 60

2.2 – Avaliação e acreditação 63

2.3 – Novas condições de acesso 65

2.4 – Estatutos para a carreira docente 67

CAPÍTULO II – A Formação Superior e o Ensino da Tomada de Decisão no Cuidar em Enfermagem 72

3 – E Agora que Somos Ensino Superior? 73

3.1 – Academização do ensino de enfermagem? 73

3.2 – Bolonha: novo rumo para o ensino superior de enfermagem? 82

4 – Que Enfermeiros decisores se Formam para o Século XXI? 90

4.1 – Que tomada de decisão se ensina? 91

4.2 – O processo de tomada de decisão na perspectiva de enfermagem 94

4.3 – A tomada de decisão na transacção em enfermagem 125

4.4 – O estudante de enfermagem e a tomada de decisão 143

5 – Que Condições de Aprendizagem são Necessárias para uma Tomada de Decisão Efectiva? 168

5.1 – As competências curriculares para a tomada de decisão 169

5.1.1 – Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados 180

5.1.2 – Trabalhar regularmente por problemas 182

5.1.3 – Criar ou utilizar outros meios de ensino 184

5.1.4 – Negociar e conduzir projectos com os estudantes 186

5.1.5 – Adoptar um planeamento flexível, improvisar 187

5.1.6 – Implementar e explicitar um novo contrato didáctico 188

5.1.7 – Praticar uma avaliação formativa 190

5.1.8 – Dirigir-se para uma menor compartimentação disciplinar 192

5.2 – As estratégias pedagógicas para a tomada de decisão 194

5.2.1 – Métodos tradicionais 196

5.2.1.1 – Aulas expositivas/conferências 197

5.2.1.2 – Meios audiovisuais 198

5.2.2 – Métodos de promoção de competências psicomotoras 199

5.2.2.1 – Ensino com instruções 200

5.2.2.2 – Demonstração 200

5.2.2.3 – Simulação 201

5.2.3 – Métodos de promoção de pensamento crítico 202

5.2.3.1 – Discussão 203

5.2.3.2 – Questionar 204

5.2.3.3 – Mapeamento de conceitos 205

5.2.3.4 – Aprendizagem baseada em problemas 206

5.2.3.5 – Reflexão 206

5.2.4 – Inibições e barreiras ao pensamento crítico 208

5.2.4.1 – Inibições 208
5.2.4.2 – Barreiras 209

CAPÍTULO III – Reflexos de Uma Realidade 211

6 – A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 212

6.1 – O contexto 212

6.2 – As pessoas 216

6.2.1 – Pessoal docente 216

6.2.2 – Pessoal não docente 220

6.2.3 – Discentes 222

6.3 – Os conteúdos 224

6.4 – O processo 224

7 – Ensino Superior: uma Ameaça ou um Desafio? 225

7.1 – Circunstâncias referidas como coadjuvantes da reforma educativa 226

7.1.1 – Institucionais 226

7.1.2 – Pessoais 227

7.2 – As dificuldades sentidas na implementação da reforma educativa 228

7.2.1 – Factores institucionais 229

7.2.2 – Factores organizacionais 235

7.2.3 – Factores curriculares 240

7.2.4 – Factores pessoais 243

7.3 – Os aspectos considerados positivos e negativos da reforma educativa 248

7.3.1 – Aspectos positivos 249

7.3.2 – Aspectos negativos 251

8 - Vários Olhares sobre a Tomada de Decisão 255

8.1 – A visão normativa do processo de ensino da tomada de decisão - *perspectiva da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa* 255

8.1.1 – O que 'dizem' os documentos 256

8.1.1.1 – A importância dos conhecimentos 264
8.1.1.2 – Trabalhar por problemas 265

8.1.1.3 – (Re)criar meios de ensino 266
8.1.1.4 – A tónica dos projectos 267
8.1.1.5 – Adaptar um planeamento flexível 267
8.1.1.6 – Educação problematizadora 268
8.1.1.7 – O papel da avaliação 269
8.1.1.8 – A integração disciplinar 269
8.1.2 – O que 'afirmam' os docentes 270
8.1.2.1 – A importância dos conhecimentos 272
8.1.2.2 – Trabalhar por problemas 277
8.1.2.3 – (Re)criar meios de ensino 279
8.1.2.4 – A tónica dos projectos 281
8.1.2.5 – Adoptar um planeamento flexível 283
8.1.2.6 – Educação problematizadora 284
8.1.2.7 – O papel da avaliação 286
8.1.2.8 – A integração disciplinar 289
8.2 – A visão prescritiva do processo de ensino da tomada de decisão - *óptica dos docentes e dos enfermeiros orientadores* 292
8.2.1 – A concepção das competências de tomada de decisão 292
8.2.1.1 – 'Competências psicomotoras' 294
8.2.1.2 – 'Competências de resolução de problemas' 296
8.2.1.3 – 'Competências de pensamento crítico'/'raciocínio clínico' 297
8.2.1.4 – 'Competências de julgamento clínico'/'Tomada de decisão' 298
8.2.1.5 – Indicadores da tomada de decisão 299
8.2.2 – Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão 310
8.2.2.1 – *O que se faz* - métodos tradicionais 310
8.2.2.2 – *O que se faz* - métodos de promoção de competências psicomotoras 312
8.2.2.3 – *O que se faz* - métodos de promoção de pensamento crítico 315
8.2.2.4 – *O que deixar de fazer* - inibição e barreiras do pensamento crítico 326
8.3 – A visão descritiva do processo de aprendizagem da tomada de decisão - *olhar dos estudantes de enfermagem* 330
8.3.1 – O processo de tomada de decisão desenvolvido pelos estudantes 331
8.3.1.1 – Definição do problema 332
8.3.1.2 – Análise dos dados obtidos 333
8.3.1.3 – Selecção da melhor alternativa 333
8.3.1.4 – Plano de acção 334
8.3.1.5 – Avaliação 334
8.3.2 – As decisões que os estudantes tomam 335

8.3.2.1 – A decisão de comunicação 337
8.3.2.2 – A decisão de compreensão 338
8.3.2.3 – A decisão de intervenção 339
8.3.2.4 – A decisão de temporização 340
8.3.2.5 – A decisão de focalização 340

CONCLUINDO: Aprender e Decidir em Tempos de Escola 343

Obstáculos e Transformações no Ensino Superior de Enfermagem 344

As Unidades Curriculares que Marcaram a Diferença 346

A (Re)Construção das Competências de Tomada de Decisão 351

A Tomada de Decisão como Acção Conjunta 355

Reflexões Finais 361

BIBLIOGRAFIA 365

APÊNDICES I

Apêndice I – Guião de Entrevista do Docente (Currículo; Aprendizagem dos Estudantes) e do Enfermeiro Orientador II

Apêndice II – Grelha de Análise VI

Apêndice III – Grelha de Análise dos Diários de Aprendizagem e das Notas de Campo dos Estudantes do terceiro e do quarto ano VIII

ANEXOS I

Anexo I – Autorização da realização do estudo II

Anexo II – Domínios e Sub-domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidos pela Ordem dos Enfermeiros VII

Anexo III – Plano de Estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem IX

Anexo IV – Guias Orientadores dos Ensinos Clínicos de Enfermagem: da Criança e do Jovem (Pediatria); da Criança e do Jovem (Saúde Infantil); de Saúde da Mulher; de Saúde Mental e Psiquiátrica; de Saúde Comunitária e da Família; e de Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica XLII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – - Número de entrevistas realizadas critérios de selecção e métodos de amostragem 30

Quadro 2 – Caracterização dos docentes participantes 32

Quadro 3 – Caracterização dos enfermeiros orientadores participantes 33

Quadro 4 – Frequência dos estudantes do terceiro e quarto ano participantes e dos diários de aprendizagem e notas de campo recebidos, segundo o total de estudantes por cada ano 35

Quadro 5 – Descritores dos níveis do Quadro Nacional de Qualificações, ao nível da Educação superior 58

Quadro 6 – Tipos de julgamentos e decisões, segundo Thompson e Staply 98

Quadro 7 – Teoria intuitiva versus analítica, segundo Standing 114

Quadro 8 – Os possíveis resultados de decisão sim/não, segundo a perspectiva da teoria de detecção de sinal 122

Quadro 9 – Pressupostos do quadro conceptual de King 134

Quadro 10 – Processo de enfermagem: método, teoria e tomada de decisão, segundo King 141

Quadro 11 – Resultados e frequência dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, baseados no modelo de King 145

Quadro 12 – As competências para ensinar, segundo Perrenoud 180

Quadro 13 – Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão, segundo DeYoung e Valiga 196

Quadro 14 – Distribuição do corpo docente da ESEL, entre 2010 e 2013, por género e categoria profissional 217

Quadro 15 – Evolução do número de efectivos não docentes da ESEL entre 2010 e 2013, por categoria profissional 221

Quadro 16 – Distribuição dos estudantes, por oferta formativa de 2º ciclo na ESEL 223

Quadro 17 – Número de estudantes a frequentar o ano lectivo 2013/2014, por nível de formação, na ESEL 223

Quadro 18 – Factores que facilitaram a implementação da reforma educativa 226

Quadro 19 – Factores que dificultaram a implementação da reforma educativa 229

Quadro 20 – Aspectos positivos e negativos da reforma educativa 249

Quadro 21 – Organização do Ensino Clínico no terceiro e quarto ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Regulamento n.º 154/2008 e sua codificação 260

Quadro 22 – Frequência das palavras relacionadas com o desenvolvimento das competências de tomada de decisão presentes no plano de estudo 261

Quadro 23 – Competências estruturais do plano de estudo, segundo Perrenoud 261

Quadro 24 – Competências estruturais dos documentos orientadores de ensino clínico, segundo Perrenoud 263

Quadro 25 – Competências estruturais do plano de estudo e dos documentos orientadores de ensino clínico, segundo Perrenoud 264

Quadro 26 – Competências estruturais do currículo na perspectiva dos docentes, segundo Perrenoud 271

Quadro 27 – Competências estruturais do currículo na perspectiva dos documentos e dos docentes, segundo Perrenoud 291

Quadro 28 – Concepção das competências de tomada de decisão pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores 294

Quadro 29 – Indicadores de competências de tomada de decisão, segundo modelo teórico de King. 309

Quadro 30 – Estratégias de ensino apresentada pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores para o desenvolvimento da tomada de decisão 330

Quadro 31 – Etapas do processo de tomada de decisão, segundo King 332

Quadro 32 – Tipos de tomada de decisão dos estudantes, segundo Thompson e Staply 337

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos docentes, segundo formação académica 218

Gráfico 2 – Distribuição dos docentes doutorados, por áreas de conhecimento 219

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Desenho do estudo de caso 27

Ilustração 2 – O Processo de Bolonha e os estádios de transição do ensino de enfermagem em Portugal a partir da década de 90, segundo Amendoeira 88

Ilustração 3 – Esquema do processo de tomada de decisão, segundo Damásio 93

Ilustração 4 – Desenvolvimento de competências em enfermagem e o modelo de julgamento clínico, segundo INASCL 105

Ilustração 5 – O contínuo cognitivo revisto por Standing 116

Ilustração 6 – Algorítmo para admissão numa unidade de cuidados coronários 120

Ilustração 7 – Diagrama do quadro conceptual de King 128

Ilustração 8 – Diagrama esquemático da teoria de alcance de metas, segundo King 132

Ilustração 9 – As etapas do processo de tomada de decisão, segundo King 139

Ilustração 10 – Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, na dimensão 'Estudante como ser pessoal' 153

Ilustração 11 – Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, na dimensão 'Estudante como ser interpessoal' 158

Ilustração 12 – Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, na dimensão 'Estudante como ser social' 163

Ilustração 13 – Factores intervenientes no desenvolvimento curricular, segundo Rua..... 178

Ilustração 14 – Mapa conceptual dos resultados emergentes do estudo 342

Ilustração 15 – Unidades curriculares que marcam a diferença no ensino da tomada de decisão 347

Ilustração 16 – Estratégias do processo de aprendizagem de competências de tomada de decisão em enfermagem..... 354

INTRODUÇÃO

(…) naquele sossego harmonioso que tornava o mundo perfeito. No momento combinado, eu haveria de respirar o sonho de quando não sabia que era sonho.

Virgilio Ferreira (1976)

Da Definição do Problema às Questões de Investigação

O acesso a uma formação superior exigiu, ao ensino de enfermagem, a valorização das finalidades do ensino politécnico através de uma formação cultural e técnica e, essencialmente, através do desenvolvimento da capacidade de inovação e de análise crítica. Estas, segundo Collière (1999), surgem do processo interrogativo que tal tipo de ensino suscita, incitando à argumentação e à investigação, contribuindo para uma formação de enfermeiros capazes de responder aos desafios profissionais e às novas necessidades sociais.

A evolução do ensino de enfermagem traduziu-se no aumento da duração da formação passando de três anos do Curso de Bacharelato para quatro no Curso de Licenciatura em Enfermagem, como forma de permitir as condições de formação necessárias para o exercício autónomo da profissão de enfermagem. As competências cognitivas, instrumentais e sócio-relacionais prescritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e baseadas no quadro do International Council of Nurses (ICN) foram um dos elementos da reforma que reorganizou a formação em enfermagem, em 1999, através do Decreto-Lei 353/99, criando o Curso de Licenciatura em Enfermagem.

O plano de aplicação do Processo de Bolonha implicou um leque articulado de medidas de reestruturação do sistema de ensino superior português (Teodoro, 2005), e consequentemente do ensino de enfermagem. O curso de enfermagem foi reestruturado, tendo por um lado alterações ao nível da sua duração, da forma e dos conteúdos, obrigando cada escola a repensar num novo modelo de curso. Por outro lado, uma das grandes mudanças inerente ao Processo de Bolonha era que a formação passasse a preconizar o estudante como agente da sua formação e o professor como o elemento que assegurava a relação dialéctica entre a teoria e a prática, a formação e a acção. Esta reorganização do processo de aprendizagem pretendeu promover uma formação de agentes sociais susceptíveis de intervirem de acordo com as orientações e necessidades da sociedade, além desenvolver nos indivíduos, no desempenho das suas actividades quotidianas, a capacidade de modificar as condições do exercício profissional.

Paralelamente, esta reforma educativa, que se parece ter traduzido numa academização do ensino de enfermagem, originou um incremento da responsabilidade das instituições de ensino superior em contrapartida a uma diminuição do tradicional papel da administração pública. Esta realidade pressupôs a construção de uma nova cultura de

formação dos profissionais de enfermagem, constituindo um desafio complexo[1] para as instituições do ensino superior, com vista a assegurar a qualificação profissional dos enfermeiros.

Ao longo da nossa experiência profissional, quer na área de enfermagem[2], quer na área da docência[3], a formação de enfermagem sempre foi uma preocupação que se traduziu, ao longo do tempo, numa inquietude e numa procura de respostas, visando a melhoria da qualidade dos cuidados. Enquanto docente numa escola superior de enfermagem, acentuou-se mais esta preocupação, não só pela necessidade de dar cumprimento legal ao que estava estabelecido, mas também numa perspectiva crítica, de participar numa aprendizagem do estudante que promovesse um enfermeiro qualificado a prestar cuidados de saúde com qualidade e segurança aos cidadãos.

Com estas premissas, várias foram as reflexões e questionamentos sobre as reformas do ensino de enfermagem que foram emergindo. A formação superior, embora possa revalorizar a imagem social da Enfermagem, terá que continuar a ser norteada por uma vertente humanista em interdependência com a dimensão tecnológica, legitimando a autonomia da tomada de decisão do enfermeiro, em cada situação. O enfoque não será o aspecto quantitativo da formação, mas sim o qualitativo, procurando assegurar uma formação adequada aos problemas de saúde existentes, com recurso a técnicas e métodos de ensino que possibilitem analisar as problemáticas presentes e saber agir em situação (Abreu, 2008).

Nestes princípios fundamentais do processo de formação, a tomada de decisão, pedra angular das competências em enfermagem (Baxter & Boblin, 2008; Baxter & Rideout, 2006), pareceu justificar um enfoque intencional. Tornou-se imperativo compreender os tipos de decisão que os estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) tomavam e como o currículo explicitamente facilitava/promovia a melhoria das competências da tomada de decisão, reforçando as capacidades cognitivas dos estudantes e a capacidade para prestar cuidados de qualidade aos utentes (Baxter & Boblin, 2008). Vivenciando o papel de professora de enfermagem, acreditamos que compreender como a competência de tomada de

[1] Entendemos por complexidade ao longo deste trabalho, o conceito defendido por Morin (2002b) da inseparabilidade dos diferentes constituintes de um todo numa interdependência e interactividade entre as partes e o todo, o todo e as partes.

[2] Esta ênfase incidiu na participação em várias formações como formadora e, nos últimos dois anos de prática hospitalar, como enfermeira chefe co-responsável pelo departamento de formação em enfermagem de um hospital de Lisboa.

[3] O convite para ingressar numa escola superior de enfermagem, aliada ao gosto pela formação e com uma experiência hospitalar significativa, levaram-nos a aceitar o desafio de trocar o desempenho profissional de enfermeira pela actividade de docente.

decisão se desenvolve ao longo do curso, fornece uma base para ensinar, apoiar e avaliar esta competência, quer na componente teórica, quer na componente prática. Como conhecimento adicional, permite a avaliação das estratégias pedagógicas usadas, bem como identificar as que estão mais relacionadas com a aprendizagem da competência de tomada de decisão (Baxter & Boblin, 2008). A base para uma tomada de decisão eficaz começa durante a fase inicial da formação em enfermagem onde os estudantes são ensinados a fazer diagnósticos de enfermagem e a seleccionar as intervenções adequadas. Também o ensino clínico assume uma evidência para a aprendizagem da tomada de decisão, onde esta competência é desenvolvida e reforçada durante as experiências clínicas e transitadas para a prática clínica (Baxter & Boblin, 2008; Baxter & Rideout, 2006; Campbell, 2008).

Neste contexto, a procura de soluções para a questão: 'Como promover um ensino de enfermagem que dê resposta às exigências do mundo profissional?' tornou-se num crescendo que se focalizou numa inquietação major sobre o ensino da tomada de decisão do estudante de enfermagem visando uma prestação de cuidados de qualidade, enquanto futuro enfermeiro. Compreender como o Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma escola superior de enfermagem, a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), promoveu a aprendizagem da tomada de decisão do estudante no processo de cuidados, tornou-se assim na nossa questão de investigação:

> Como é que a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa promove a aprendizagem da tomada de decisão do estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no processo de cuidados?

Constituiu-se desta forma como objectivo central deste estudo: identificar e caracterizar as concepções curriculares e as concepções conceptuais de tomada de decisão dos professores de enfermagem e dos enfermeiros orientadores de uma escola superior de enfermagem, a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, bem como as estratégias pedagógicas usadas no seu ensino, compreendendo de que forma influenciam a aprendizagem da competência de tomada de decisão do estudante, averiguando as possíveis convergências ou divergências no Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Quando uma formação passa a ser assegurada por um curso de nível académico superior, como na Enfermagem, a academização não certifica, só por si, a qualificação requerida. Tal deve assentar na mudança da natureza da qualificação e do exercício, como plena efectivação dessa reforma educativa (Campos, 2005). Deste modo, emergiu como uma

questão orientadora para o desenvolvimento do nosso estudo: 'Que benefícios o ensino superior desencadeou no ensino de enfermagem?'

Actualmente, o foco da formação em enfermagem circunscreve-se ao desenvolvimento das competências inerentes ao cuidar, de acordo com as necessidades identificadas pela pessoa, doente ou saudável. Pretende-se que a Enfermagem tenha um papel na resolução dos problemas das pessoas, em contextos tão diversos, indo desde a comunidade/domicílio até ao hospital. Ao enfermeiro cabe demonstrar as suas competências para agir na situação e de forma adequada, pois só assim adquire o reconhecimento para o seu exercício profissional (Pereira, 2008). Estes pressupostos levam-nos a outra questão norteadora do nosso estudo: 'Quais as competências para a tomada de decisão que o currículo do CLE promove?'

A preocupação em compreender como os estudantes de enfermagem desenvolvem as suas competências de tomada de decisão levou-nos a uma indagação da evidência e de conceitos explicativos que acompanhassem o processo de aquisição e construção das mesmas. Na procura, os conceitos apresentados pela International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INASCL) (2011) emergiram como uma resposta adequada à questão de investigação: 'Quais as concepções de tomada de decisão que estão subjacentes na forma de ensinar[4] dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores?'

Segundo Valiga (2009), a capacidade de pensar criticamente é uma competência que os enfermeiros necessitam na sua prática profissional mas também na sua vida quotidiana. Opinião corroborada por Gladwell (2010) quando refere que "a qualidade das decisões das pessoas sob condições de reconhecimento instantâneo, rapidamente mutáveis e sob alta pressão, é o resultado de treino, regras e ensaios" (p. 126). Vários autores (Benner, Taner & Chesla, 2009; Thompson & Dowding, 2009) abordam os contextos de aprendizagem de modo a maximizar o desenvolvimento de competências de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem e torná-los enfermeiros centrados nos cuidados aos utentes. Surge-nos, deste modo, uma nova questão orientadora: 'Quais as estratégias de ensino para a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados pelos estudantes do CLE?'

A formação em enfermagem permite, além do aporte de conhecimentos necessários ao exercício da profissão, uma socialização dos profissionais de enfermagem. Perante o desafio dos novos contextos da prática, é necessário que os fenómenos de enfermagem sejam

[4] Como defende Morin (2002), não pretendemos restringir o 'ensino' a uma transmissão cognitiva, mas à transmissão de uma cultura e a uma forma de pensar, aberta e livre.

abordados em parcerias pelas instituições formadoras e as instituições prestadoras de cuidados, numa perspectiva de cooperação (Amendoeira, 2006b; Abreu, 2008). Perante isso, outra questão se colocou: 'Quais os métodos que os docentes e os enfermeiros orientadores utilizam na promoção da tomada de decisão no processo de cuidados, em contexto de prática clínica?'

Embora os estudantes tenham uma complexa conceptualização teórica da tomada de decisão, demonstram um conhecimento limitado do processo e aplicação da teoria. Eles relacionam a sua habilidade em tomar decisões com a sua capacidade de reproduzir conhecimento em contexto específico, em vez de usarem competências cognitivas em situações desconhecidas (Garret, 2005). 'Como os estudantes (pré-finalistas e finalistas)[5] tomam decisões no processo de cuidados, em contextos de prática clínica?' emergiu assim como mais uma questão norteadora.

Após estas reflexões, para compreender o vínculo existente entre as reformas educativas e a aprendizagem da tomada de decisão no CLE, da ESEL, tivemos os seguintes objectivos específicos:

- Identificar que benefícios o ensino superior desencadeou no ensino de enfermagem;
- Identificar quais as competências para a tomada de decisão que o currículo do CLE promove;
- Analisar as concepções de tomada de decisão que estão subjacentes na forma de ensinar dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores;
- Analisar quais as estratégias de ensino para a aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes do CLE;
- Identificar quais os métodos que os docentes e os orientadores locais utilizam na promoção da tomada de decisão no processo de cuidados, em contexto de prática clínica;
- Analisar como os estudantes (pré-finalistas e finalistas) tomam decisões no processo de cuidados, em contextos de prática clínica.

[5] Atendendo aos estudos sobre o desenvolvimento das competências de tomada de decisão ao longo do curso de enfermagem, vários são os autores (Baxter & Rideout, 2006; Botti, 2003; Garret, 2005; White, 2003) que se focalizam na análise dos estudantes por anos específicos do curso (por ex. estudos sobre estudantes seniores ou estudantes juniores) ou ao longo de todo o curso (Baxter, & Boblin, 2008; Campbell, 2008). Por limite de tempo, optamos por nos debruçar sobre os estudantes pré-finalistas e finalista do CLE, do terceiro e quarto ano, respectivamente.

Quando iniciámos este percurso de investigação, tínhamos presente o grande desafio que nos era esperado. Se, por um lado, a escassez de estudos nacionais sobre a aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes da formação inicial em enfermagem acentuou a falta de estudos de suporte, por outro, criava-nos a possibilidade de potencializar o corpo de conhecimento em enfermagem e adquirir uma maior compreensão sobre a tomada de decisão pelos estudantes de enfermagem portugueses.

Recentemente, a integração, como docente, na equipa pedagógica da unidade curricular de 'Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem' do CLE, no presente ano lectivo (2013-2014), possibilitou-nos passar da esfera da análise teórica para uma acção sustentada, cujo questionamento, quer dos docentes, quer dos estudantes, foram determinantes para o olhar de investigadora que desenvolvíamos em simultâneo. Esta experiência veio reforçar a importância da aprendizagem da competência de tomada de decisão e, a nós, a dupla responsabilidade de como docente dar visibilidade a uma aprendizagem que a promovesse nos estudantes, e como investigadora, analisar o contexto de formação, como se de um processo de investigação-acção se tratasse. Compreender como os estudantes tomam decisões, o que os leva a diversificar perante a situação de cuidados com que se deparam, é um assunto estudado em enfermagem, na procura de evidência que promova a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Thompson, Aitken, Doran, & Dowding, 2013). A importância da investigação no trilhar de caminhos, guiando-nos para uma prática baseada na evidência (Basto, 2009), teve na dimensão hermenêutica da formação de enfermagem, o propósito de poder contribuir para o desenvolvimento do ensino da Enfermagem.

Após a explanação do 'porquê'[6] do nosso estudo, de quais os alicerces do percurso que fizemos e, simultaneamente, os princípios orientadores e análise da nossa investigação, apresentamos 'como'[7] estruturámos a nossa pesquisa.

Percurso Metodológico

Vivemos numa realidade, socialmente construída, com inúmeras realidades a ter em conta e na qual o comportamento humano é significativamente influenciado pelo contexto em que ocorrem os factos. Desta forma, a ciência quantitativa, por tradição, deixa de ser a única explicação possível dos fenómenos humanos aceitando-se a abordagem qualitativa como

[6] O 'porquê' é aqui usado como uma 'explicação de um facto' significando o suporte teórico desta investigação (Dicionário da Língua Portuguesa, 2004).
[7] O 'como' é aqui usado como adverbio interrogativo, significando 'de que maneira', 'de que modo' este estudo foi construído (Dicionário da Língua Portuguesa, 2004).

forma de produzir conhecimento (Streubert & Carpenter, 2013). A incapacidade de descrever globalmente todas as vertentes da realidade obriga a investigação a recorrer a estratégias indutivas para abordar os contextos sociais que se pretende estudar (Flick, 2005). Torna-se então necessário uma forma de conhecimento compreensivo e íntimo que não nos afaste mas que nos ligue pessoalmente ao que estudamos, enfatizando a interpretação como característica central da investigação e evidenciando a influência do papel do investigador como intérprete (Flick, 2005; Stake, 2007; Strauss & Corbin, 2008).

Neste contexto, e de acordo com nossa vivência enquanto docente numa escola superior de enfermagem, fomos reflectindo e questionando sobre as reformas do ensino de enfermagem que foram emergindo e que nos levaram até ao estudo actual. O acesso a uma formação superior, com base no processo interrogativo que caracteriza este tipo de ensino, incitando à argumentação e à investigação, pretendia por um lado, uma formação de enfermeiros capazes de responder aos desafios profissionais e às novas necessidades sociais. Por outro, esta reforma das políticas educativas[8] que induziu uma academização do ensino de enfermagem, originou uma maior responsabilização das instituições de ensino superior face à menorização do papel do Estado.

Perante a construção de uma nova cultura de formação dos profissionais de enfermagem, que desafios as instituições do ensino superior têm de atender, com vista a assegurar a qualificação profissional dos enfermeiros? Embora a formação superior possa revalorizar a imagem social da Enfermagem, terá que continuar a ser norteada por uma vertente humanista em interdependência com a dimensão tecnológica, legitimando a autonomia da tomada de decisão do enfermeiro, em cada situação. Cabe às IES oferecer aos estudantes uma diversidade de saberes, garantindo um melhor conhecimento do contexto social, económico e cultural, assumindo-se como uma fonte de harmonização entre educação e exercício, promotora da qualificação adequada dos enfermeiros.

Compreender como o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da ESEL, promoveu a aprendizagem da tomada de decisão do estudante no processo de cuidados, tornou-se deste modo uma questão que se foi consolidando como uma inquietação major e que se tornou na nossa questão de investigação.

A importância do trabalho qualitativo no desenvolvimento do conhecimento das disciplinas de cuidados de saúde, e mais especificamente em enfermagem, é defendida por Morse (2007) e por Streubert e Carpenter (2013) devido aos objectivos de uma investigação

[8] Referimos, mais concretamente, à integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico.

deste tipo ser normalmente o desenvolvimento da teoria, descrição, explicação e compreensão como um processo não matemático de interpretação. Tal não exclui a investigação de âmbito quantitativo, mas será a natureza do problema em estudo a determinar qual a melhor estratégia metodológica para descobrir conceitos, relações nos dados obtidos e organizar um esquema exploratório de teoria, como defendem Fortin (2009) e Strauss e Corbin (2008).

Assim, tornou-se claro que a forma mais consentânea de estudar como era ensinada a tomada de decisão no processo de cuidados na ESEL seria através do paradigma interpretativo. Pois, como refere Flick (2005), a investigação qualitativa considera pontos de vista e práticas diferentes devido a diferentes expectativas dos sujeitos e dos seus enquadramentos sociais, o que nos permite conhecer e compreender as percepções individuais que os docentes, os enfermeiros orientadores da prática e os estudantes têm sobre o ensino da tomada de decisão.

Este estudo, da particularidade e da complexidade (Stake, 2007) sobre a aprendizagem do processo de tomada de decisão, levou-nos ao método de estudo de caso como o mais adequado à investigação em causa, baseado na definição de Yin (2009). Segundo o autor, o estudo de caso é utilizado para responder às questões sobre um acontecimento ou um fenómeno contemporâneo sobre o qual não existe limite claro ou evidente[9]. A essência do estudo de caso é tentar esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: porque foram tomadas, como foram implementadas e com que resultado (Yin, 2009). Adaptando ao nosso desenho de investigação, tenta-se compreender que alicerces teóricos da tomada de decisão estiveram presentes na elaboração do currículo do (CLE) da ESEL, quais as preocupações dos docentes e dos enfermeiros orientadores da prática clínica sobre a promoção da tomada de decisão do estudante e como é que os estudantes estruturavam a sua tomada de decisão durante os cuidados a utentes, em várias situações clínicas.

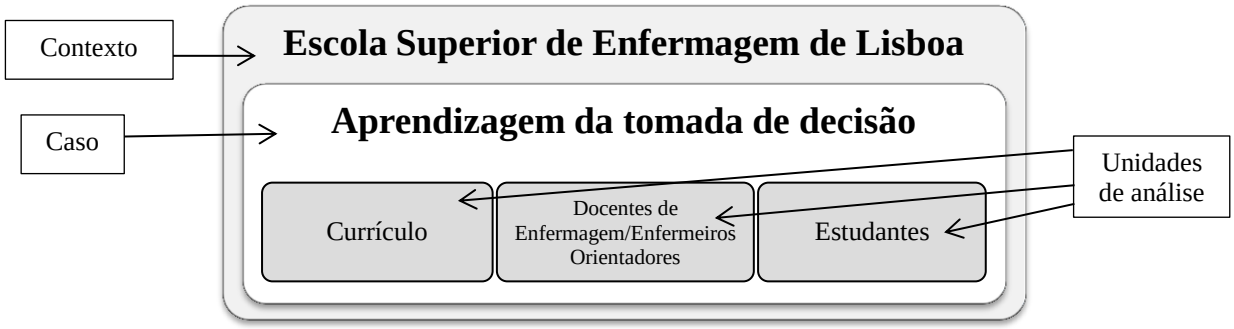
De entre os diferentes tipos de estudo de caso, este enquadra-se num estudo de caso integrado (Yin, 2009) em que o caso único[10] (ensino da tomada de decisão no CLE da ESEL) tem várias unidades de análise (currículo, docentes de enfermagem, enfermeiros orientadores da prática e estudantes) (ilustração 1). Dentro do estudo de caso podem ser incluídas unidades de análise, num desenho de investigação mais complexo, permitindo uma maior extensão da

[9] A questão de investigação assenta no 'como' o que para Yin (2009), é um dos ponto de partida para uma investigação por estudo de caso.

[10] Existem quatro tipos de desenho de estudo de caso na caracterização que Yin (2009) apresenta: o caso único (contexto e caso único), o caso integrado (contexto e caso único com várias unidades de análise integradas), o caso múltiplo (diversos contextos cada com o seu caso) e o caso múltiplo integrado (diversos contextos e casos cada um com várias unidades de análise integradas).

análise. Razão pela qual alargámos a nossa amostra a várias unidades de análise de modo a conseguir uma maior compreensão do processo de aprendizagem da tomada de decisão. Por outro lado, e segundo Yin (2009), trata-se de uma forma de aumentar a sensibilidade ao desvio da visão holística que o caso único encerra. Daí que o conjunto de subunidades de análise surgiu também como um dispositivo importante para validação da investigação e para evitar alguma desfocagem do estudo de caso.

Ilustração 1 – Desenho do estudo de caso



Fonte: Adaptado de Yin (2009).

A qualidade dos estudos de caso, como de qualquer projecto de pesquisa, precisa de ser validada. Esta validação, segundo Yin (2009), pode ser aferida mediante a validade do constructo, validade interna, validade externa e confiabilidade. Assim, para a validade do constructo, de modo a garantir o estabelecimento de medidas correctas para os conceitos em estudo, durante a fase de colheita de dados, recorremos à utilização de múltiplas fontes de evidência, tais como: diários de aprendizagem, guias orientadores de ensino clínico, plano de estudo e, entrevistas, procurando determinar a relação entre elas. A aferição com outras docentes de enfermagem revelou-se também de muito valor como garantia da credibilidade do trabalho (Yin, 2009). Esta aferição, na fase de redacção do relatório de investigação, implicou a interacção com informantes de referência com o objectivo de explorar e discutir certos aspectos do processo de investigação. Para a validade interna, a análise da coerência entre as proposições iniciais, o desenvolvimento da pesquisa e os resultados encontrados, durante a análise dos dados, levou-nos à procura de factores que influenciavam a aprendizagem da competência de tomada de decisão pelos estudantes de enfermagem e na forma como o currículo e as estratégias de ensino determinavam essa aprendizagem, com base na matriz teórica definida. Relativamente à validade externa, os estudos de caso têm como objectivo

uma generalização analítica (expandir e generalizar teorias), em que procurámos fazer uma análise 'generalizante'[11] e não 'particularizante' (Yin, 2009).

O método de estudo de caso é frequentemente criticado por não produzir generalizações e de se apoiar em visões partidárias ou 'viés' (Stake, 2007; Yin, 2009). Segundo Yin (2009), a metodologia de estudo de caso é microscópica por não considerar quantidades suficientes de casos, mas evidencia que o objectivo do estudo não é determinar padrões universais aplicáveis a todos os casos. O estudo de caso baseia-se em generalizações analíticas em oposição às estatísticas, ou seja, o investigador usa a teoria como meio para generalizar os resultados, também denominada de generalização 'naturalista'[12].

Na procura de confiabilidade, tentámos tornar as etapas do processo o mais operacionais possíveis e conduzir a investigação de modo a tornar compreensíveis os 'comos' e os 'porquês' de cada decisão organizacional (Yin, 2009).

Além da informação detalhada sobre um fenómeno novo, o estudo de caso permite extrair ideias, ligações entre variáveis e, por vezes, uma generalização analítica (Fortin, 2009; Yin, 2009). As hipóteses de trabalho podem assumir um papel importante com base na reinterpretação de resultados de estudos anteriores, possibilitando ir para além do estudo de caso (Yin, 2009). Para o desenvolvimento do nosso estudo emergiram algumas hipóteses que conduziram a nossa pesquisa. Deste modo:

- O ensino superior de enfermagem promoveu a aprendizagem da tomada de decisão do estudante de enfermagem;
- O currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem tem influência significativa nos conhecimentos necessários ao desenvolvimento da tomada de decisão do estudante;
- A formação inicial centra-se na tomada de decisão a nível normativo e prescritivo;
- Há um paradoxo entre as condições de aprendizagem para uma tomada de decisão efectiva e os contextos da prática.

No entanto, tal como Yin (2009) adverte, há o risco na investigação por este método de estudo de caso se focar mais uma unidade de análise, falhando o retorno à análise mais abrangente, o caso perder toda a sua credibilidade. Facto que nos exigiu uma atenção reforçada para não alterar a visão holística do estudo.

[11] São generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou amostra (Yin, 2009).
[12] Esta generalização denominada de 'naturalista' focaliza a relação entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e investigador relativamente ao fenómeno e sobre a descrição semântica, de preferências às estatísticas probabilísticas (Fortin, 2009; Stake, 2007).

A descrição serve de base a toda a pesquisa, na interpretação dos dados mais abstractos e no desenvolvimento da teoria (Strauss & Corbin, 2008), sendo por isso um estudo descritivo. O objectivo do estudo descritivo consiste em descriminar quais os factores decisivos ou conceitos que possam estar relacionados com o fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Desse modo, procurámos relações entre a percepção do ensino da tomada de decisão pelos docentes e pelos enfermeiros orientadores e a forma como os estudantes estruturaram a sua tomada de decisão no processo de cuidados, em contexto de ensino clínico. Não se pretendeu com este estudo analisar modelos ou níveis de relações entre os participantes (Fortin, 2009).

Outras investigações, com metodologia de estudo de caso, relacionadas com o processo de tomada de decisão e/ou com o ensino de competências de tomada de decisão, foram um referencial teórico importante que nos guiou durante toda a pesquisa. Assim contámos com os seguintes autores: Baxter e Boblin (2008); Baxter e Rideout (2006); Rua (2009); Santos (2009), para nos auxiliar a desenvolver questões mais abrangentes e perspicazes sobre o mesmo tópico (Yin, 2009).

Participantes no estudo

Os investigadores qualitativos usualmente, nos estudos que realizam, não designam os indivíduos que informam, por 'sujeitos' (Streubert & Carpenter, 2013), mas sim por 'participantes' ou 'informantes', traduzindo a sua postura de investigador perante os indivíduos. Postura que Morse (2007) justifica pelo facto de não se agir sobre as pessoas que fazem parte da investigação, mas por estas serem activas no estudo. O envolvimento activo dos participantes no estudo, permite uma melhor compreensão das suas vivências e interacções socias.

Partindo do pressuposto que a aprendizagem da tomada de decisão na formação inicial dos enfermeiros constitui um mundo complexo, considerou-se necessário para a sua interpretação, questionar os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores da prática clínica que acompanharam os estudantes em ensino clínico, durante os cuidados a utentes em várias situações clínicas. Os estudantes não foram entrevistados mas recorremos à análise de diários de aprendizagem e de notas de campo, de modo a controlar e a enriquecer informação na procura de uma visão profunda e abrangente da tomada de decisão.

Em relação aos docentes, foram considerados em dois grupos distintos: enquanto membros do grupo conceptor responsável pelo plano de estudo em vigência e enquanto

docentes responsáveis pela aprendizagem dos estudantes[13]. A preocupação foi de seleccionar os 'melhores' em que 'melhores' normalmente significa aqueles que nos poderão ajudar da melhor maneira a compreender o caso, quer sejam representativos ou não" (Stake, 2007, p. 73) (quadro 1).

Quadro 1 – Número de entrevistas realizadas critérios de selecção e métodos de amostragem

Tipo de participante	Nº de entrevista	Critérios de selecção	Método[14]
Docentes responsáveis pela elaboração do plano de estudo	3	-Membro do grupo conceptor do plano de estudo da ESEL.	Selecção racional[15]
Docentes responsáveis pela aprendizagem dos estudantes	7	-experiência como docente do CLE da ESEL, -regente de unidade curricular do CLE da ESEL.	'Bola de neve' ou redes[16]
Enfermeiros - hospital central na região de Lisboa	5	-experiência como enfermeiro orientador dos estudantes do terceiro ou quarto ano da ESEL, -motivação para a orientação dos estudantes em ensino clínico -formação profissional e académica.	Selecção racional
Enfermeiros - unidade de saúde familiar da ARS de Lisboa.	1	-experiência como enfermeiro orientador dos estudantes do terceiro ou quarto ano da ESEL.	Selecção racional
Total das entrevistas	16		

Determinou-se entrevistar quatro docentes responsáveis pela elaboração do plano de estudo em vigor desde 2008 para tentar compreender que alicerces teóricos da tomada de decisão estiveram presentes na elaboração do currículo do CLE, da ESEL. Atendendo que a constituição do grupo foi prévia à fusão e reestruturação que a ESEL[17] atravessou, o grupo foi constituído por elementos de cada um dos quatro pólos que constituíam a escola. O propósito não foi a representatividade mas compreender como a particularidade da cultura de cada pólo

[13] Os docentes responsáveis pela elaboração do currículo também exerciam funções como docentes, mas no estudo foram considerados como participantes específicos nessa temática.

[14] Ao longo da utilização destes métodos foi sempre preocupação nossa uma descrição rica e densa (Streubert & Carpenter, 2011) para evitar visões tendenciosas ou 'viés' (Morse, 2007; Stake, 2007; Yin, 2009).

[15] No processo de selecção, quer dos docentes responsáveis pela elaboração do plano de estudo, quer dos enfermeiros orientadores (hospital e unidade de saúde familiar), seguimos os critérios de uma amostra por selecção racional (Fortin, 2009), intencional (Streubert & Carpenter, 2011), ou amostra teórica (Strauss & Corbin, 2008), ou seja, o compromisso de entrevistar pessoas em função do seu caracter típico - a experiência na cultura ou no fenómeno de interesse.

[16] A selecção dos docentes responsáveis pela aprendizagem dos estudantes tomou por base as redes sociais existentes entre os docentes. Após a primeira entrevista com um participante que satisfazia os critérios escolhidos, solicitou-se que recomendasse outro participante e assim sucessivamente (Bogdan & Biklen, 1994; Fortin, 2009).

[17] A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa resultou da fusão de quatro escolas superiores de enfermagem públicas existentes em Lisboa. Foi criada por Decreto-Lei em 2004, mas a fusão só se efectivou no início do ano lectivo 2007/2008, aquando da tomada de posse dos órgãos de gestão. O grupo de trabalho responsável pelo novo plano de estudo foi constituído e iniciou os seus trabalhos no ano lectivo 2004- 2005. Ver ponto 6 – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na pág. 212.

influenciou a construção de um novo plano de estudo conjunto. Na concretização do estudo foram entrevistados os elementos que estiveram presentes na maior parte do processo, ou seja, três docentes[18]. Como tal, das quatro entrevistas inicialmente previstas, realizámos três.

De seguida, procedeu-se às entrevistas aos outros docentes e aos enfermeiros orientadores da prática clínica, num total de treze entrevistas. A selecção dos docentes teve por base a 'técnica de amostragem de bola de neve' (Bogdan & Biklen, 1994, p. 99) ou por 'redes' (Fortin, 2009), não estando à partida determinado quantos ou em que proporção apareciam na população, mas sim a relevância dos dados. De modo a conceder a confidencialidade garantida aos docentes na legitimação da entrevista, no final de cada entrevista foi atribuído uma sigla: DE (Docente de Enfermagem), a que se juntou um número de acordo com a ordem por que foram realizadas, bem como a caracterização do género através das letras F (Feminino) e M (Masculino) (quadro 2).

Os enfermeiros orientadores foram circunscritos a duas instituições intervenientes nos ensinos clínicos dos estudantes[19]: um hospital central na região de Lisboa e uma unidade de saúde familiar zona limítrofe da ARS de Lisboa. Foi também contactada outra unidade de saúde familiar em Lisboa, mas como não recebemos resposta atempadamente ao pedido de autorização para a realização do estudo, não foi incluída. Como referem Strauss e Corbin (2008), o pesquisador não deve desanimar por não obter acesso a um local ou pessoa teoricamente relevante. Pelo contrário, deve tentar fazer o máximo com o que tem disponível e foi esse objectivo que nos norteou durante a pesquisa.

Procedemos à realização de entrevistas a três dos quatros enfermeiros orientadores da unidade de saúde familiar[20]. Aquando da realização de uma entrevista exploratória aos enfermeiros orientadores da unidade de saúde familiar, perante a disponibilidade dos mesmos, foi feita uma entrevista, em simultâneo a dois participantes. Tal estratégia não se revelou produtiva, por pressão do tempo e pela insuficiência dos conhecimentos extraídos para gerarem novas ideias na elaboração da teoria (Flick, 2005), motivo pela qual a entrevista foi considerada nula. Deste modo, considerámos uma participante desta instituição.

[18] O grupo sofreu ao longo do tempo muitas mudanças dos seus elementos, quer por aposentações, doença ou outros motivos.

[19] A selecção das instituições incidiu nos locais onde os estudantes do terceiro e quarto ano do CLE, no ano lectivo 2009-2010, tinham estado ou estavam a desenvolver o seu ensino clínico. A interacção que estabelecemos com alguns elementos da equipa de enfermagem das duas instituições de saúde, em momentos específicos da nossa vida facilitando a integração, bem como o interesse demonstrado pelas instituições na realização do estudo, determinaram a nossa escolha.

[20] A selecção baseou-se na disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros orientadores para a realização das entrevistas (Strauss & Corbin, 2008).

Quadro 2 – Caracterização dos docentes participantes

Participante	Formação[21]	Categoria profissional	Idade	Anos de docência
DE1F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Sociologia da Família	Professor Adjunto	51	24
DE2F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	52	22
DE3F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	60	32
DE4F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem Doutoramento em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	58	23
DE5F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	58	34
DE6F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor Adjunto	42	2[22]
DE7F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	46	19
DE8F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	49	25
DE9F	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor Adjunto	44	13
DE10M	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Mestrado em Ciências de Enfermagem	Professor coordenador	51	9

Posteriormente, efectuámos as entrevistas na instituição hospitalar a quatro enfermeiros de dois serviços distintos. Tivemos em conta as orientações[23] dos enfermeiros chefes ou responsável de serviço de modo a assegurar uma colaboração ao longo de todo o processo de colheita de dados (Fortin, 2009), sobre a 'melhor' forma de obter dados que nos permitissem maximizar similitudes e diferenças (Strauss & Corbin, 2008). Foi também incluído neste grupo, um participante inicialmente referenciado como DE que exercia funções como docente, em simultâneo com a sua actividade de enfermeiro orientador da prática

[21] Salienta-se o facto de que dos nove docentes (no total de dez) que não tinham doutoramento, sete eram doutorandos em Ciências de Enfermagem. Mais ainda, um dos participantes encontrava-se a realizar um mestrado em Ciências da Educação.

[22] Embora tenha exercido funções como docente nos cinco anos anteriores (a 30 e a 50%), só foi tido em conta o tempo de exercício a 100%.

[23] Os critérios assentaram na experiência como enfermeiro orientador, na motivação para a orientação dos estudantes em ensino clínico na formação profissional e académica, como mencionámos anteriormente.

clinica, mas numa análise mais profunda e de acordo com o predomínio da sua actuação, foi considerado como enfermeiro orientador. Também neste grupo de participantes se atendeu à confidencialidade garantida aquando da legitimação da entrevista, pelo que no final de cada entrevista foi atribuído uma sigla: EO (Enfermeiro Orientador), a que se juntou um número de acordo com a ordem por que foram realizadas, a identificação da instituição de cuidados: USF (Unidade de Saúde Familiar) e H (hospitalar), bem como a caracterização do género através das letras F (Feminino) e M (Masculino) (quadro 3).

A determinação do número de entrevistas esteve de acordo com a redundância de informação recolhida, manifestando-se por um acréscimo muito pequeno dos dados ou 'saturação' dos mesmos (Flick, 2005; Fortin, 2009; Morse, 2007; Strauss & Corbin, 2008; Streubert & Carpenter, 2013). Embora tenhamos presente o mito da 'saturação', como criticamente alerta Morse (2007), apoiamo-nos na repetição de informação e na confirmação de dados, em determinado momento. Consciente de que se fossem constituídos novos grupos de participantes para serem entrevistados ou observados noutro momento, novos dados podiam surgir (Morse, 2007).

Quadro 3 – Caracterização dos enfermeiros orientadores participantes

Participante	Formação[24]	Categoria profissional	Idade	Anos serviço
EO1USFF	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	26	4
EO2HF	Licenciatura em Enfermagem Mestrado em Gestão de Saúde	Enfermeiro	32	5
EO3HF	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	30	9
EO4HF	Licenciatura em Enfermagem Mestrado em Bioética	Enfermeiro	30	9
EO5HF	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeiro	39	17
EO6HF	Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem	Enfermeiro chefe	47	25[25]

Como a amostra é decida passo a passo com o registo e a interpretação dos dados (Flick, 2005), ao longo do estudo sentimos a necessidade de uma colheita de dados adicionais

[24] Dois participantes, sem mestrado, tinham recentemente sido admitidos no mestrado em Ciências de Enfermagem.

[25] Este participante exercia funções como professor adjunto em tempo parcial (30%) há cerca de dez anos na escola, em simultâneo com a sua actividade de enfermeiro orientador da prática clinica. Razão pela qual, e de acordo com o predomínio da sua actuação, foi considerado como enfermeiro orientador.

(Fortin, 2009), de forma a ter em conta as percepções dos estudantes. A consideração importante para o número de abordagens teóricas está relacionada com a relevância de explicações contrárias (Yin, 2009), ou seja, aumentar o nível de significância das comparações (Flick, 2005). Teoricamente, a integração de novas pessoas ou grupos é um aspecto ilimitado (Strauss & Corbin, 2008), fundamento que nos levou a optar pela inclusão dos estudantes como objecto de estudo para obtermos uma interpretação mais profunda e completa da aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados, na ESEL.

Como referimos anteriormente, recorremos a diferentes métodos de recolha de dados sendo que a percepção dos estudantes, pré-finalistas e finalistas[26], sobre a tomada de decisão não foi analisada através de entrevistas, mas sim pela análise documental de diários de aprendizagem e de notas de campo. Os estudantes foram recrutados através de pedido enviado pelo sistema interno de e-mail. Foram também informados os regentes dos respectivos ensinos clínicos, no sentido de se sentirem envolvidos e envolverem os estudantes. As questões relativas à confidencialidade foram asseguradas tendo sido garantido o seu anonimato. A codificação destes participantes foi efectuada como 3E (Estudante do terceiro ano do CLE) e 4E (Estudante do quarto ano do CLE) (quadro 4), e adicionado um número pela ordem como foram enviados, separadamente por cada ano da formação.

Os estudantes, num total de 614, apresentavam uma média de idade de 26,9 anos, sendo 459 do género feminino, ou seja, 74,8% da população total[27]. Salienta-se que do total de 614 estudantes participaram 37 do terceiro ano, com 130 diários de aprendizagem e 10 do quarto ano com 40 registos (incluindo notas de campo e diários de aprendizagem), num total de 47 estudantes e de 170 registos (quadro 4). Após uma primeira leitura, conseguiu-se restringir o número de diários a serem estudados, tendo como critério analisar o primeiro que cada estudante tinha enviado[28].

[26] Do ano lectivo 2009-2010.

[27] No terceiro ano, a média de idades dos estudantes era de 26,7 anos, com 223 (78,8%) estudantes do género feminino e 60 (21,2%) do género masculino, num total de 283 estudantes. No quarto ano, a média de idades era de 27,3 anos, com 236 (71,3%) estudantes do género feminino e 95 (28,7%) do género masculino, num total de 331 estudantes.

[28] Sempre que se detectou que o primeiro diário de aprendizagem ou nota de campo não fornecia dados suficientes e por isso não ajudava, da melhor maneira, a compreender como o estudante estruturava a tomada de decisão, foi seleccionado o seguinte, ou o que fosse 'melhor' (Stake, 2007).

Quadro 4 – Frequência dos estudantes do terceiro e quarto ano participantes e dos diários de aprendizagem e notas de campo recebidos, segundo o total de estudantes por cada ano

Estudantes	Total de estudantes por ano lectivo	Estudantes participantes	Diários de aprendizagem /Notas de campo
3E	283	37	130
4E	331	10	40
Total	***614***	***47***	***170***

Instrumentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados "consiste em recolher de metodicamente a informação junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para esse fim" (Fortin, 2009, p. 403). Neste estudo de caso, a procura da evidência (Yin, 2009)[29] foi efectuada através de entrevistas (docentes e enfermeiros orientadores da prática clínica) e de documentos (plano de estudos, documentos orientadores do ensino clinico, diários de aprendizagem e notas de campo). Esta recolha de dados obedeceu aos critérios éticos de autorização, tendo em conta uma pequena interferência que as investigações implicam (Fortin, 2009; Stake, 2007), sendo solicitada a autorização para a realização da mesma, quer na ESEL, quer nas instituições de saúde onde o estudo se desenvolveu, e em que obtivemos resposta positiva (anexo I).

Não existe um momento exacto para se iniciar a recolha de dados, como sugere Stake (2007). Ela deverá começar previamente à realização do estudo, através das primeiras impressões que a contextualização e a familiarização com outros casos despertam. Os dados, pela sua vertente impressionista, são informalmente recolhidos à medida que o investigador se integra no estudo. Facto que nos levou, enquanto investigadora, a ir para além da familiaridade do conhecimento sobre os documentos existentes na ESEL e a olhá-los noutra perspectiva, numa visão mais inquiridora (Morse, 2007)[30], ao mesmo tempo que nos integrávamos na problemática em estudo – Como é que na ESEL é ensinada a tomada de decisão no processo de cuidados?

A consciência e a aceitação do papel de investigador como instrumento de investigação é outro dos aspectos que está presente durante o estudo, visto que no processo de entrevistadora e intérprete de numerosos aspectos de pesquisa, a subjectividade é um factor

[29] Yin (2009), refere que a evidência do estudo de caso pode vir de seis tipos de fontes: documentos, documentos de arquivo, entrevistas, observação directa, observação participante e artefactos físicos.
[30] Adoptar uma postura activa através do questionamento, é um dos primeiros passos no processo de compreensão e pode ser desencadeado durante a colheita de dados (Morse, 2007).

presente, mas esperado, de acordo com as características da investigação qualitativa (Streubert & Carpenter, 2013). No entanto, esta situação exigiu da nossa parte um trabalho de distanciamento, em que procurámos entender as pessoas com quem trabalhámos partindo do seu próprio ponto de vista. Opinião corroborada por Flick (2005) ao reforçar a primazia do investigador, não podendo por isso exercer um papel neutro, quer no terreno, quer no contacto com as pessoas a entrevistar ou a observar. Stake (2007) acrescenta ainda que o investigador de estudo de caso reconhece e fundamenta novos significados e que ao estabelecer novas ligações, encontra maneira de as tornar compreensíveis para os outros. O que mais uma vez evidencia a participação activa do investigador na interpretação do estudo que realiza, como antes referido.

Muitas destas primeiras impressões são incluídas nos dados, embora sejam posteriormente aprimoradas ou redefinidas (Stake, 2007). A nossa recolha de dados relativamente às entrevistas, aos diários de aprendizagem e notas de campo ocorreu entre Fevereiro a Agosto de 2010.

A entrevista

A entrevista é tida como uma conversa tendo em vista um objectivo (Ghiglione & Matalon, 1997) ou uma conversa guiada em vez de uma consulta estruturada (Yin, 2009). Ela permite aos participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse (Streubert & Carpenter, 2013) e ao investigador desenvolver uma ligação entre os factos, uma explicação (Stake, 2007). A opção pela entrevista semi-estruturada pareceu-nos a mais adequada por permitir aprofundar um determinado domínio, e por possibilitar ao entrevistador, obter reacções dos sujeitos em que a ordem e a forma da abordagem dos temas ficam ao seu critério (Ghiglione & Matalon, 1997), bem como permitir colher afirmações concretas (Flick, 2005). Preferência que vai ao encontro do que Yin (2009) defende como uma dos mais importantes fontes de informação no estudo de caso. Contudo, as entrevistas também podem ser responsáveis por 'viés', quer pela escassez de registos, quer pelo fraca ou inexistente articulação dos registos com o fenómeno em estudo. Para minimizar esse risco recorremos à recolha de dados por outras fontes, como defende Yin (2009).

Na procura de respostas para a questão central em estudo, elaborámos três guiões de entrevista (docente responsável pela elaboração do plano de estudo, docente responsável pela aprendizagem dos estudantes e enfermeiro orientador) baseados em cinco blocos temáticos:

- Legitimação da entrevista;
- Curso de Licenciatura em Enfermagem;

- Processo de Bolonha como factor de influência nas mudanças do currículo do CLE;
- Concepções dos docentes e enfermeiros orientadores sobre a tomada de decisão;
- Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão.

Estes serviram de estrutura a um conjunto de questões orientadoras, procurando que, além de responder ao problema em estudo, não limitasse o discurso.

Inicialmente foi feita uma entrevista exploratória a um docente do grupo responsável pela elaboração do currículo do CLE e outra a um docente responsável pela aprendizagem dos estudantes verificando-se que as questões dos guiões iam de encontro ao que se pretendia (apêndice I), motivo pelo qual se incluíram no estudo. Outra entrevista exploratória que fizemos, dessa vez aos enfermeiros orientadores da unidade de saúde familiar, por pressão do tempo e pela insuficiência dos conhecimentos extraídos para gerarem novas ideias na elaboração da teoria (Flick, 2005), foi considerada nula, como referimos anteriormente. Repetiu-se a entrevista exploratória a outro participante de uma instituição de saúde, cujo guião se revelou adequado ao estudo (apêndice I), sendo esta também incluída.

Todos os participantes se mostraram disponíveis e permitiram que as entrevistas fossem audiogravadas. Estas, num total de dezasseis, foram realizadas na ESEL, em sala de aulas e em salas de reuniões; e em gabinetes de enfermagem, e gabinete de enfermeiro chefe, nas instituições de saúde[31]. Em todas promoveu-se um ambiente calmo, mas em duas delas houve interrupções externas. A duração das entrevistas oscilou ente 30 e 109 minutos com uma média de 60 minutos. Verificou-se uma fácil adesão por parte dos entrevistados em exporem as suas experiências e as suas opiniões, situação indispensável para o sucesso da metodologia já que se deve tratar de uma relação de interacção entre quem pergunta e quem responde (Denzin, 2005)[32].

A análise documental

Numa investigação qualitativa, importa que o investigador se envolva nos objectos e acontecimentos de modo a avaliar o seu valor como dados. Isto significa aperceber-se da razão pela qual os 'vestígios' (Ghiglione & Matalon, 1997) foram construídos e da importância da sua informação potencial para o estudo a desenvolver. A análise documental

[31] Tivemos como objectivo obedecer aos princípios de boas práticas, referenciado por Streubert e Carpenter (2013), realizando as entrevistas nos locais mais confortáveis para os entrevistados. Quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente transmite a informação procurada.

[32] Com base no interaccionismo simbólico, a narrativa resultante do momento depende da acção em conjunto, reunindo as experiências de cada elemento (entrevistador e entrevistado). Ver ponto 4.3 – A tomada de decisão na transacção em enfermagem, na pág. 124.

visa apresentar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original para, numa fase posterior, facilitar a sua consulta e referenciação (Bardin, 2009). Ou seja, "recolher dados através de estudo de documentos segue a mesma linha de pensamento que observar ou entrevistar pessoas" (Stake, 2007, p. 84).

Nos estudos de caso, a utilização de documentos[33] torna-se relevante na medida em que corrobora e evidencia outras fontes (Yin, 2009). Pois, segundo o autor, ela permite uma verificação de termos utilizados na entrevista; além de que fornece outros detalhes específicos que tanto podem comprovar como contradizer a teoria emergente. Contradição que vai obrigar a uma investigação contínua do problema, pesquisando mais essa questão. Opinião partilhada por Bardin (2009) quando legitima a utilização dos documentos como dados, quer como complemento das informações obtidas por outras técnicas, quer por revelar aspectos novos de um problema. Acrescentam ainda a possibilidade de se fazer inferências dos documentos e encontrar novas questões (Bardin, 2009; Yin, 2009), embora se alerte para o risco de pistas falsas (Yin, 2009).

O uso de documentos representa uma fonte natural de informação, de baixo custo, uma fonte não reactiva (Ghiglione & Matalon, 1997), considerada como uma forma de observação diferida, que, por necessidade, não interpreta directamente o fenómeno que interessa, mas apenas algumas das suas consequências.

Para Yin (2009), uma das maiores vantagens da análise documental é a estabilidade, possibilitando uma análise constante e ampla. Por outro lado, é uma fonte objectiva de colheita de dados, pela exactidão das referências e dos detalhes do fenómeno e também pela isenção, por não ter sido criada como um resultado da investigação. No entanto, pode ser de difícil acesso e como a produção dos documentos é alheia à investigação, apesar de ser uma fonte repleta de informações sobre a natureza do contexto em estudo, convém ter em conta que o seu aspecto fragmentado pode contrariar a estrutura conceptual do estudo ou, como produto social, a sua validade pode ser posta em causa (Yin, 2009).

Através de procedimentos de transformação que "permite passar de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representações do primeiro)" (Bardin, 2009, p. 47), neste estudo, servem de suporte vários documentos, tais como: os diários de aprendizagem e as notas de campo produzidos pelos estudantes durante os ensinos clínicos

[33] São considerados documentos todos os materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano (Bogdan & Biklen, 1994).

(abordados separadamente pelo seu carácter pessoal); o plano de estudo do CLE e os documentos orientadores dos ensinos clínicos do terceiro e quarto ano.

Os diários de aprendizagem

Os ´diários[34] de aprendizagem'[35] e as 'notas de campo'[36] realizadas pelos estudantes nos ensinos clínicos do terceiro e do quarto ano, serviram de objecto de análise para o estudo, como forma de relato em primeira mão (Burgess, 1997). Tal deveu-se ao facto de serem um documento pessoal, em que os estudantes facultaram um conjunto de pensamentos, acontecimentos e sentimentos (Burgess, 1997) sobre as situações vividas na prática clínica. Permitiram também, uma visão por 'dentro' das situações de aprendizagem centrados no processo de cuidados, na pessoa cuidada e na pessoa do cuidador, vivenciadas pelos estudantes e complementar as informações recolhidas pelas entrevistas e pela análise dos outros documentos sobre a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados (Bogdan & Biklen, 1994; Burgess, 1997).

Os diários de aprendizagem e as notas de campo foram realizados pelos estudantes de acordo com as solicitações dos documentos orientadores específicos e assim, sem nenhuma influência nossa enquanto investigadora (Bogdan & Biklen, 1994). Não foi incluída a orientação do docente responsável pelo ensino clínico para dessa forma não desvirtuar o relato do estudante (Burgess, 1997), na primeira pessoa, sobre as suas vivências. O conteúdo de análise incidiu sobre as perspectivas dos estudantes no processo de cuidados e não sobre os cuidados em si (Bogdan & Biklen, 1994).

A autenticidade deste tipo de informação documental (Burgess, 1997) foi assegurada pelos docentes orientadores, através do envio por e-mail de grande parte dos documentos. Nos

[34] Este termo, na literatura anglo-saxónica, recebe o nome de jornal e significa diário, crónica, jornal, periódico, publicação. O termo jornal, em português, também inclui a concepção de diário, porém, na prática, é usualmente conhecido como relato dos acontecimentos sob a forma de noticiário. Diário, implica mais o sentido de registo de acontecimentos, impressões, confissões, ocorrências e registo de etapas de trabalho, além do de jornal, entre outros significados (Waldow, 1995). O termo diário não se refere a uma actividade que deve obrigatoriamente ser registada diariamente, mas, no entanto, sugere uma periodicidade (Zabalza, 2011) (ver pág. 184-185 deste estudo).

[35] A utilização de diários é uma forma de potencializar a reflexão e a reconstrução das experiencias vividas, no âmbito racional e emocional, e de promoção do pensamento crítico (Zabalza, 2011). Além do «feedback», serve também de meio de comunicação e de esclarecimento de dúvidas (Waldow, 1995) (ver pág. 184-185 deste estudo).

[36] Aqui admite-se o mesmo significado para o termo 'notas de campo' e 'diário de campo'. O diário de campo consta de registos de opiniões, observações e avaliações relativas às intervenções desempenhadas, obedecendo ou não, a um critério pré-estabelecido. Permitem uma estruturação dos meios de aprendizagem pois incidem no delinear dos objectivos individuais (específicos às necessidades de aprendizagem e relacionadas com os objectivos das unidades curriculares); na síntese de artigos ou livros; no trabalho de crítica (de artigo, livro e outros) e na formulação de um ponto de vista para debate (Waldow, 1995) (ver pág. 185 deste estudo).

restantes, recebido por e-mail pessoal, procurou-se confirmar com os docentes regentes sempre que alguma dúvida se instalasse.

Relativamente às questões de disponibilidade e de amostragem (Burgess, 1997), de salientar que os estudantes do quarto ano forneceram informação em número reduzido comparativamente aos estudantes do terceiro ano. Significará esta ausência que os documentos produzidos não permitiam uma percepção da tomada de decisão do estudante no processo de cuidados? Será que não se sentiram envolvidos no estudo pela proximidade com o término do curso?[37]

Tratamento dos dados

Ao procurar as semelhanças e as diferenças no discurso dos participantes, à medida que as dimensões vão emergindo, o investigador procede à sua classificação com o objectivo de construir uma teoria consistente do fenómeno estudado (Fortin, 2009). Este processo de abstracção, como defende Flick (2005), de partir da codificação dos dados para a elaboração da teoria, tem como suporte a análise e a interpretação (Stake, 2007). Analisar não é mais do que fraccionar, como defende Stake (2007), implicando uma divisão das impressões e das observações do investigador e uma atribuição de significados a essas partes. A interpretação, como atribuição de significados, deve ser realizada numa leitura que não pode ser 'à letra', mas pelo contrário, realçar o sentido secundário encoberto (Bardin, 2009).

Na análise dos dados que desenvolvemos, esta englobou a organização sistematizada das transcrições das entrevistas e dos documentos consultados. A tendência foi empregar um processo indutivo e a partir da reflexão sobre os dados e da problemática teórica, desenvolver uma descrição que englobasse o máximo de instâncias sobre a aprendizagem da tomada de decisão, no processo de cuidados (Bogdan & Biklen, 1994). A categorização surgiu então, posteriormente, com o compromisso de conseguir estruturar o processo analítico de modo a tornar compreensível o que os dados revelavam (Streubert & Carpenter, 2013).

O processo manual de divisão em unidades manejáveis, de síntese, de procura de padrões, de descoberta dos aspectos importantes situou-se na análise de conteúdo. Esta é, na opinião de Bardin (2009)

> um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores

[37] A recolha dos diários de aprendizagem e das notas de campo foram realizados entre Junho (fase final dos ensinos clínicos) e Julho de 2010. De salientar que os estudantes finalistas terminaram o curso na segunda semana de Julho.

> (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (p. 44)

O desenvolvimento de um sistema de codificação que percorre os dados na procura de regularidades e padrões para posteriormente, designar termos, palavras para esses tópicos ou padrões, resulta em categorias de codificação (Bogdan & Biklen, 1994). Foi assim, construído um sistema único de categorização composto por três temas que, tendo presentes os objectivos do estudo, permitisse a organização dos discursos (apêndice II).

As entrevistas, após audição e registo que permitem retomar de novo ao ambiente e às ideias chaves na abordagem das questões (Stake, 2007), foram, numa fase inicial e após a realização de uma leitura flutuante, submetidas a uma primeira apreciação que permitiu a elaboração de uma grelha de análise com a finalidade de organizar a informação, como referimos anteriormente. Posteriormente, foram sujeitas a uma nova análise num sentido de correspondência e de formulação de questões emergentes do texto (Flick, 2005). Procedemos à divisão do texto em unidades temáticas que traduzissem a ideia subjacente a cada uma e que possibilitassem convertê-las em unidades mais elementares de forma a integrarem as subcategorias definidas. A escolha das unidades de registo, unidade de significação a codificar correspondendo a uma secção básica do conteúdo com o objectivo de permitir a categorização e a contagem frequencial (Bardin, 2009), recaiu no tipo de unidades semânticas (Bardin, 2009; Ghiglione & Matalon, 1997). Nestas, a unidade mais comum é o tema ou a unidade de informação, correspondendo a uma regra de recorte, do sentido e não da forma (Bardin, 2009), ou seja, independentemente da sua inserção léxico-sintática. O processo real de análise adopta, frequentemente, a forma de agrupamento de dados semelhantes, designados por temas (Streubert & Carpenter, 2013). Como tal, agrupamos as entrevistas dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores, subordinadas ao tema do ensino da tomada decisão. Foi aplicada uma única categorização sobre concepção do processo de tomada de decisão, tendo por base os conceitos apresentados pela INASCL (2011). Procedemos de igual modo na categorização das estratégias pedagógicas que ambos utilizavam para ensinar o estudante de enfermagem a tomar decisões, tendo por base uma matriz teórica baseada em DeYoung (2009) e Valiga (2009).

Com base na definição de Bardin (2009), de que tratar os dados é codificá-los, procedemos à codificação do plano de estudo e dos documentos orientadores de ensino clínico do terceiro e quarto ano do curso, relativos aos anos de formação dos estudantes participantes, de modo a obter uma perspectiva abrangente do 'currículo' da ESEL. Unificámos a natureza

do plano de estudos e dos documentos orientadores de ensino clínico, como uma fonte de dados e que foram analisados em conjunto (Streubert & Carpenter, 2013), com base nas competências para ensinar desenvolvidas por Perrenoud (1999)[38]. Pretendeu-se, desse modo, compreender em que medida o currículo promovia a aprendizagem da tomada de decisão, no processo de cuidados. Ainda, de acordo com a mesma temática – as competências para ensinar, as entrevistas dos docentes que conceberam o plano de estudo foram sujeitas ao mesmo esquema de categorização, mas numa nova classificação. Como captamos uma unificação de sentido na análise das entrevistas aos restantes professores (responsáveis pela aprendizagem dos estudantes), estes foram também incluídos na categorização dos docentes[39] (Streubert & Carpenter, 2013).

Os diários de aprendizagem e as notas de campo dos estudantes foram categorizados de acordo com as etapas do processo de tomada de decisão, defendidas por King (1984)[40] (apêndice III). A unidade de contexto utilizada foi o conjunto global do diário de aprendizagem/nota de campo, de forma a compreender a significação exacta, como dimensão mais alargada da unidade de registo (Bardin, 2009) e efectuada uma categorização por cada ano do curso. No entanto, alguns aspectos da tomada de decisão ficaram por esclarecer. Por esse motivo utilizámos a perspectiva de Thompson e Staply (2011)[41] sobre os diversos tipos de julgamento e tomada de decisão para obter uma compreensão mais completa e holística (Streubert & Carpenter, 2013; Fortin, 2009). Pretendeu-se com estas observações adicionais, reformular a interpretação do investigador (Stake, 2007) e proceder à clarificação de possíveis desvios de orientação teórica desde o início do estudo (Yin, 2009).

O uso de estilística quantitativa, baseada na frequência das unidades de registo da análise de conteúdo, de modo a obter a frequência relativa e a frequência geral, serviu-nos de referencial de significação[42] (Bardin, 2009). Esta técnica, pertencente ao domínio da análise de conteúdo (Bardin, 2009), não parece alterar o paradigma qualitativo, onde o estudo caracteristicamente se inclui (Bardin, 2009; Flick, 2005; Morse, 2007; Streubert & Carpenter, 2013).

[38] Ver ponto 8.1.1 – O que 'dizem' os documentos, na pág. 256.
[39] Ver ponto 8.1.2 – O que 'afirmam' os docentes, na pag. 270.
[40] O quadro teórico para o estudo da tomada de decisão consistiu na teoria de King (1984) e nas etapas que a teórica de enfermagem apresenta para o processo de tomada de decisão (ver ponto 4.3 – A tomada de decisão na transacção em enfermagem, pág. 139), aplicado aos documentos produzidos pelos estudantes.
[41] Ver pág. 98 deste estudo.
[42] Frequência de aparição das unidades que se baseia no "princípio de que quanto maior for a frequência dos elementos, tanto maior será a sua importância" (Bardin, 2009, p. 258).

Durante o tratamento e análise dos dados houve uma constante reformulação e uma necessidade permanente de recorrer aos documentos, como meio de respeitar o sentido dos discursos. Os documentos e as entrevistas estiveram em processo de análise pormenorizado, já que, como dizem Streubert e Carpenter (2013), a análise dos dados na investigação qualitativa é um processo moroso e em simultâneo.

A verificação, no estudo de caso, cruza a criação de uma descrição abrangente e exacta com o desenvolvimento das interpretações feitas. A procura de rigor passa pela triangulação, "uma abordagem que utiliza uma combinação de mais do que uma estratégia de investigação num único estudo" (Streubert & Carpenter, 2013, p. 351). A triangulação não é um instrumento ou estratégia de validação para Flick (2005), mas uma opção à validação de resultados e de processos aprimorando a profundidade e a consistência dos procedimentos metodológicos.

Com o objectivo de validar o processo investigativo foi utilizada a triangulação de dados (Denzin & Lincoln, 2011)[43] referente à utilização de diferentes fontes de informação, segundo a perspectiva tempo, espaço e pessoa. Deste modo, abordou-se os diários de aprendizagem e notas de campo realizados pelos estudantes do terceiro e quarto ano do CLE nos respectivos ensinos clínicos para explorar a influência do fenómeno, a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados, pelos estudantes em diferentes anos do curso (Fortin, 2009). Relativamente à dimensão espaço, a colheita de dados foi efectuada em mais do que um meio: na ESEL, numa instituição hospitalar e numa unidade de saúde familiar, de forma a obter uma descrição mais clara e completa da aprendizagem da tomada de decisão em espaços específicos (Streubert & Carpenter, 2013). Quanto à pessoa, colhemos dados a mais de um nível de pessoas: enfermeiros orientadores da prática clínica de uma instituição hospitalar, enfermeiros orientadores da prática clínica de uma unidade de saúde familiar e docentes da ESEL, uns numa perspectiva individual (enfermeiros orientadores e alguns docentes), outros numa perspectiva colectiva (docentes responsáveis pela elaboração do plano de estudo) (Flick, 2005). A triangulação das fontes de dados foi desenvolvida com a diligência de confirmar se o que estávamos a observar e a descrever conduzia à mesma interpretação quando realizada em circunstâncias diferentes (Stake, 2007). A justificação para o uso de múltiplas fontes de evidência como triangulação nos estudos de caso, é mencionada também por Yin (2009). Para o autor, a principal vantagem do uso de múltiplas fontes é o

[43] Considerámos a classificação de quatro diferentes tipos de triangulação: dados, investigadores, teoria e métodos (Denzin & Lincoln, 2011).

desenvolvimento de linhas convergentes de investigação possibilitando que os resultados ou as conclusões do estudo de caso sejam mais convincentes e precisos.

Foi também incluída uma triangulação teórica (Denzin & Lincoln, 2011), ao apresentarmos uma segunda perspectiva teórica de análise, aos diários de aprendizagem e das notas de campo elaborados pelos estudantes. O resultado centrou-se numa compreensão mais completa e holística da aprendizagem do processo de tomada de decisão pelos estudantes (Streubert & Carpenter, 2013).

Limites do estudo

A opção pela metodologia qualitativa acarreta, logo à partida, algumas limitações a que este trabalho não é alheio. A importância de conhecer o funcionamento de uma organização complexa como uma escola, neste caso a ESEL, assentou em aspectos que foram norteadores para prevenir possíveis problemas, como alerta Fernandes (2000b). Por um lado, a selecção da área de estudo – a aprendizagem da tomada de decisão, no processo de cuidados, pelos estudantes do terceiro e quarto ano, que nos focalizou num volume específico de dados, já que não foi possível estudar tudo. Por outro, a subjectividade do investigador e a possibilidade de enviesamento da selecção de informação, obrigando-nos a um questionamento constante sobre a significância dos dados (Fernandes, 2000b). Assim, perante a subjectividade (Stake, 2007), considerámo-la não como um défice mas, como um elemento essencial de compreensão. Todavia, a compreensão pessoal que o investigador-intérprete faz dos fenómenos em análise poderá induzir a uma 'falsa compreensão' (Stake, 2007), resultante da não consciência das suas limitações intelectuais, produzindo, deste modo, falsas concordâncias.

A preocupação de validação das nossas observações através da triangulação não esgotou todas as insuficiências do estudo, quer pela limitação de tempo que não possibilitou a informação oral dos estudantes, pois só usámos a informação produzida pelos estudantes nos diários de aprendizagem e nas notas de campo, nem a observação participante como meio de validar a forma como os estudantes tomavam as decisões no processo de cuidados, nem a inclusão dos estudantes do primeiro e do segundo ano do curso, para uma compreensão mais ampla e profunda; quer pela impossibilidade da triangulação dos investigadores (Stake, 2007), na medida em que existiu apenas um investigador, de forma que a reflexão sobre os resultados não pode ser aferida com outros que tivessem tido acesso à mesma realidade.

Numa investigação qualitativa, a contribuição para o conhecimento poderá ser um processo lento e moroso, além de que não permite fazer inferências para realidades macro (Stake, 2007, Yin, 2009). À medida que, como professora, fomos investigando o mundo da escola em estudo, o duplo papel ajudou-nos a perspectivar o significado da aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes e o modo como era promovida essa aprendizagem. Se como professora, participamos na concretização do currículo junto dos estudantes, como investigadora os papéis inverteram-se e aprendemos, com os estudantes acerca das suas perspectivas de tomada de decisão (Standing, 2007), e com os docentes e os enfermeiros orientadores sobre as estratégias de ensino mais adequadas a essa concretização. Daí que naturalmente, ao longo deste projecto de investigação, vá reflectindo sobre o nosso próprio percurso à medida que vamos descrevendo o dos outros. Em termos de generalização naturalista (Fortin, 2009; Stake, 2007), atrevemo-nos a perspectivar a possibilidade deste trabalho permitir, a outros professores, uma reflexão similar.

Organização do Estudo

Este estudo dá conta de um percurso de investigação que se encontra estruturado em quatro capítulos. Num exercício de compreensão do processo de aprendizagem de competências de tomada de decisão, a partir de lógicas curriculares que estruturam o ensino superior e, das estratégias pedagógicas que se estabelecem, pretendemos equacionar como têm os estudantes aprendido a tomar decisões no processo de cuidados.

Assim, no capítulo I, começamos por uma visão macro das reformas educativas na construção do espaço europeu, perspectivando como a educação é considerada uma plataforma de conhecimento e uma alavanca das reformas nacionais. A contribuição económica subjacente à construção de um referencial para a educação superior, e as lógicas que atravessam numa legitimação do espaço europeu de educação superior. Pretende-se focar a importância das condições macro para além de simples panos de fundo, e a sua influência nos ambientes meso, nomeadamente nas reformas do ensino superior português.

No capítulo II, partindo da integração no ensino superior português, analisamos as alterações que sugerem uma academização do ensino de enfermagem e as implicações que o Processo de Bolonha, teve nessas mudanças. Na complexidade do mundo em que vivemos, a incerteza e a instabilidade são duas constantes no processo de cuidados, exigindo dos enfermeiros uma resposta adequada perante a multiplicidade de factores. A tomada de decisão emerge como uma das respostas que a formação em enfermagem terá de atender, como

promotora da qualificação dos enfermeiros do século XXI. Centrando-nos no ensino desta competência durante o curso de enfermagem, explanamos como os estudantes processam a tomada de decisão e como respondem no processo de cuidados. Referenciamos para tal, quais as competências e quais as estratégias de ensino necessárias para a aprendizagem da tomada de decisão.

Com base na análise dos dados, procuramos apresentar, no capítulo III, uma caracterização de como se processa a aprendizagem da tomada de decisão na ESEL. Inicialmente, faz-se uma descrição da Escola abrangendo as dimensões que melhor permitem a visão, a quem está do lado de fora, do que se passa lá dentro. Seguidamente, apresentamos os resultados da investigação sobre os significados atribuídos à reforma educativa, os que surgem como coadjuvantes, as dificuldades sentidas na sua implementação, e os aspectos positivos e negativos da mesma. Posteriormente, identificam-se e caracterizam-se os vários olhares sobre a aprendizagem da tomada de decisão na visão normativa (currículo), prescritiva (docentes e enfermeiros orientadores) e descritiva (estudantes).

Concluindo, discutem-se os resultados, equacionando a continuidade e a descontinuidade da reforma educativa, ao nível da formação superior de enfermagem e na sua adequação às necessidades sociais, num ambiente micro. Se explicitamente o currículo não parece estar centrado na aprendizagem da tomada de decisão, o pensamento crítico emerge como uma mais-valia na formação dos estudantes. O predomínio das concepções dos formadores na tomada de decisão e as estratégias de ensino promotoras de pensamento crítico, parecem traduzir, por um lado, uma sintonia com o currículo, por outro, algumas lógicas de inovação promovendo, nos estudantes, a sua aplicação no julgamento clínico e na tomada decisão, aquando em ensino clínico. Por fim, terminamos este estudo, com um conjunto de reflexões finais que traduzem as preocupações, os sentidos e as interrogações que este percurso de investigação nos colocou.

CAPÍTULO I – A Europeização das Políticas Educativas

Teima a Europa culta, velha, experiente, mas anacrónica, em que a vida dos povos é sobretudo história. Que, por isso, o facho da autêntica civilização é seu, e só na sua posse deve caminhar.

Miguel Torga (1942)

1 – As Políticas Educativas como Protagonistas de 'Unionização'[44]?

Nas últimas décadas ocorreram mudanças ao nível da Educação, como em outras políticas sociais, que se traduziram numa redefinição dos serviços educativos e do papel neles assumido pelo Estado[45]. A emergência de novas configurações de participação da Educação na regulação social, assim como os reajustamentos no papel do Estado, nomeadamente na sua interacção com a esfera da economia, conduziram a alterações nas prioridades relativas à Educação. Também a constituição de entidades económicas e políticas regionais e supranacionais interferiram no modo como a Educação tem sido considerada e definida, tanto a nível internacional como a nível dos Estados nacionais.

A origem de um novo protagonismo por parte de blocos e entidades de carácter regional tem por base os acordos multilaterais entre Estados e a sua actuação face às dinâmicas de globalização[46]. A União Europeia[47] representa uma das formas institucionais mais avançadas nesta área, incrementando um vasto campo de intervenção e assumindo progressivamente um papel mais activo, nomeadamente, no domínio das políticas sociais (Antunes, 2005a).

As políticas educativas como protagonistas de 'unionização' e que se traduziram em reformas educativas além-fronteiras de cada Estado membro a que Portugal não foi estranho, bem como os referenciais que serviram de suporte à construção do Espaço Europeu de Ensino Superior, sustentam a análise que expomos de seguida.

1.1 – A Educação como «leitmotiv» de uma Europa unida?

O aparecimento de diversas relações funcionais e de (inter)dependência gradual entre a produção das políticas nacionais e a Comunidade Europeia, bem como as prioridades determinadas, demonstram um processo progressivamente marcado de europeização da Educação no contexto comunitário, como defende Antunes (2008a).

[44] A ´unionização´ surge como um processo regulador baseado na União Europeia como elemento disciplinador com vista a acelerar a conformação legislativa e articular a participação europeia no plano das tendências económicas internacionais dominantes, designadamente a economia do conhecimento (Marques, Aníbal, Graça & Teodoro, 2008a). O termo 'unionização' é sinonimo de europeização que passamos a utilizar de seguida.
[45] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques, Aníbal, Graça, e Teodoro (2008a).
[46] Giddens (2001) entende por globalização "o facto de vivermos cada vez mais num 'único mundo', pois os indivíduos, os grupos e as nações tornaram-se mais interdependentes" (p. 52). Por sua vez, Santos (2001) refere que os processos de globalização evidenciam que estamos perante um "fenómeno multifacetado com dimensões económicas, sociais, políticas, culturais, religiosas e jurídicas interligadas de modo complexo" (p. 32).
[47] Na sua designação actual. Em 1957, era designada como Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1967, alterou a designação para Comunidade Europeia (CE) e, em 1993, passou a designar-se, formalmente, de União Europeia (UE).

O plano estratégico de uma Europa unida iniciou-se nos princípios do século XX, quando o Estado liberal se constituiu numa democracia liberal[48]. Mas foi após a II Guerra Mundial que se assistiu a um novo relacionamento dos Estados na Europa. Em 1949, foi fundado o Conselho da Europa, com o objectivo de superar as dificuldades provocadas pelo confronto bélico e de aproximar as nações europeias. Os Estados, com a aprovação das suas diversas constituições, adoptaram a forma de Estados democráticos e de direito, baseados em princípios económicos. O Estado adquiriu um carácter intervencionista e assumiu o compromisso de assegurar os direitos fundamentais aos cidadãos, entre eles, o da educação.

No final dos anos 50, a Europa entrou numa fase de desenvolvimento económico, representado por um grande crescimento industrial e comercial e por amplos movimentos migratórios. Essa situação favoreceu o alargamento da cooperação a outros sectores, tais como a política, a educação e a cultura (Starkie, 2006). Iniciou-se uma crescente consciência da importância de criar-se uma identidade europeia bem como conceder alguns direitos políticos aos cidadãos no plano europeu.

Em 1980, o projecto de integração dos Estados-membros teve novo desenvolvimento com a valorização da interdependência dos Estados soberanos, em substituição da mera cooperação, e com a procura de afirmar uma representação da Europa entre os cidadãos, tentando superar a imagem tecnocrática e economicista que até então prevalecera. Além da livre circulação das pessoas e de bens, a noção de cidadania da Comunidade Europeia desejava potenciar o espírito europeísta, recorrendo para tal a propostas no domínio cultural e educativo.

A partir de 1992, com a aprovação do Tratado de Maastricht, a evolução da União Europeia assume contornos acentuadamente federalistas[49]. Este processo de construção da União Europeia, desde os Tratados iniciais de 1951 até ao Tratado Constitucional de Lisboa, em 2007, corresponde a perspectivas e interesses diversos, complexos e contraditórios, sendo que a sua execução se tem processado de forma não linear, com refluxos, derivas, ajustamentos e saltos. A origem das Comunidades Económicas Europeias, como parte do processo posterior à Segunda Guerra Mundial, respondeu à necessidade de 'normalizar' as relações entre as nações da Europa e os respectivos conflitos sociais, ao mesmo tempo que pretendeu redefinir o posicionamento das economias desses países europeus face à competição internacional que então se operava.

[48] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques, Aníbal, Graça, e Teodoro (2008b).

[49] Esta mudança está associada a vários acontecimentos históricos relevantes, tais como a queda do muro de Berlim, a ruptura da Yugoslávia e a consequente guerra, a reunificação da Alemanha e o «crash» de 1987.

A evolução ocorrida nestas décadas de construção do espaço político-económico europeu tem-se reflectido na forma como as questões educativas são abordadas nos planos supranacional e nacional. No início do século XX, são atribuídas à educação as funções de reprodução social, de legitimação do sistema, de controlo social, de produção de recursos humanos e de formação para a cidadania. A educação é considerada como um meio que permite o acesso a uma nova posição social[50].

No seio dos Estados-nações tratava-se de criar a identidade nacional, encobrindo uma realidade mais local ou regional, com as suas línguas e culturas intranacionais, e secundarizando a realidade internacional, europeia e mundial. O sistema educativo assumia a responsabilidade da formação dos seus cidadãos integrados no projecto de uma nação que se definia, dentro das fronteiras de um Estado soberano[51].

Após o fim da II Guerra Mundial é defendida na Europa Ocidental a democratização do ensino, com incidência desde o ensino primário público e obrigatório até ao ensino secundário, com diferentes opções formativas, de acordo com as necessidades sociais e económicas do aluno (Starkie, 2006).

A educação começa então a ser vista com novas funções, nomeadamente, de consolidação do sistema político democrático, de diminuição das desigualdades sociais, bem como de qualificação da mão-de-obra necessária à reconstrução económica da Europa devastada pela guerra (Starkie, 2006). Estes propósitos impulsionaram reformas globais dos sistemas educativos. Vários autores (Nóvoa, 1998; Starkie, 2006) referem a formação profissional como precursora da intervenção educacional das instâncias europeias. Mas será só no início de 1970 que a Educação, enquanto área autónoma, será objecto das primeiras iniciativas europeias.

As autoridades comunitárias utilizaram a expressão 'dimensão europeia da Educação' para se referirem às medidas educativas europeias, mas salvaguardando sempre a diversidade e as tradições dos sistemas educativos nacionais dos Estados-membros. A preocupação de não harmonizar e de não interferir nas políticas de educação de cada Estado, constituiu uma marca visível das primeiras propostas de governação[52] supranacional da

[50] O sistema educativo, até então, assentava num sistema dual: as classes inferiores recebiam uma formação mínima, limitando-se ao ensino primário para serem bons súbitos, enquanto as classes superiores tinham acesso ao ensino secundário e ao universitário, com o objectivo de governarem eficazmente o Estado (Starkie, 2006).
[51] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques, Aníbal, Graça, e Teodoro (2008b).
[52] O conceito de governação tem sido desenvolvido como instrumento técnico na condução, controlo e supervisão da implementação das políticas do Estado nos vários níveis de aplicação (Magalhães & Amaral, 2008).

Educação europeia, como sugere Starkie (2006). Opinião partilhada por Antunes (2005a) quando situa, em 1990, o surgimento, de uma forma explícita, de um mecanismo de regulação supranacional da Educação.

É neste contexto que Portugal apresenta alguma especificidade, ao contar, desde 1990, com financiamento da Comunidade Europeia afecto directamente ao investimento no seu sistema educativo, através do Programa Operacional de Desenvolvimento Educativo para Portugal (PRODEP). A adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, em 1986, pressupunha a diminuição de décadas de atraso relativo do país face à generalidade dos outros países integrantes da Comunidade, contando, para isso, com o contributo dos Fundos Estruturais Comunitários. O 'atraso educativo' de Portugal [53] era bastante acentuado comparativamente com os outros países da Comunidade (incluindo os que tinham aderido na mesma altura), o que constituía uma dificuldade acrescida para o país na evolução para um modelo de desenvolvimento económico, que teria de passar pela alteração do seu padrão de distribuição de emprego por sectores e por maiores exigências de qualificação [54]. A valorização dos recursos humanos foi reconhecida como necessária para o desenvolvimento do país, tendo-se vindo a registar um aumento assinalável nas taxas de escolarização da população jovem.

Maastricht, em 1992, teve profundas implicações no processo europeu de integração. Segundo Nóvoa (1998), encorajou uma discussão mais alargada, e mais participativa, dos problemas educativos, no contexto europeu [55]. Todavia, ao afirmar que "les instances communautaires reconnaissant souvent que «la dimension européenne est l'affaire de tous et non pas seulement celle des décideurs politiques européens»", Nóvoa (1998, p. 112) alerta

[53] Esta situação, designada de 'atraso educativo', adquiria na segunda metade da década de 1980 expressões dramáticas em Portugal, assim descritas pelo referido Programa de Desenvolvimento do Sistema Educativo (Comissão da União Europeia, 2000, p. 13):
• O nível de alfabetismo mais elevado da Comunidade (ainda de 15% em 1988, enquanto a Grécia e a Espanha se situavam nos 7-9%);
• As mais baixas coberturas na educação pré-escolar, nos 3º ciclo do básico e secundário (a uma distância de 40-50 pontos percentuais) e no ensino superior (a uma distância de 10-20 pontos percentuais dos outros países da comunidade);
• O mais elevado índice de insucesso escolar no 1º ciclo do ensino básico (entre 30-40%) (Marques, Aníbal, Graça, & Teodoro, 2008a, p. 130).

[54] Em 1985, com um PIB per capita de 28% do da média comunitária, Portugal ainda apresentava uma estrutura de emprego por sector na qual o sector primário representava 24% (enquanto na média comunitária o valor correspondente se cifrava apenas em 8%) e o sector terciário distava ainda 17 pontos percentuais do peso relativo do da Europa Comunitária (42% em Portugal face a 59% de média Europeia" (Comissão da União Europeia, 2000, p. 13) (Marques, Aníbal, Graça, & Teodoro, 2008a, p. 130).

[55] Ao perspectivar a intervenção da UE e as consequentes mudanças educativas, Nóvoa (1998) chama a atenção para o facto da Educação dever ser pensada mais como um universo totalizado do que totalizador, salientando a necessidade de uma reflexão e de uma vontade especificamente educativa.

para o facto de que "cet appel est plutôt basé sur une logique d'expertise – la fameuse «synergie d'experts» - que sur la mobilisation e la participation des différentes espaces scientifiques". Ou seja, fica a ideia de que as mudanças educativas serão fruto de 'contratos exteriores' e, em alguns casos, das 'vontades interiores' (Nóvoa, 1998).

Um outro desenvolvimento visando alargar a intervenção europeia nas políticas educativas, associado ao Tratado de Maastricht, foi a expansão, a partir de 1994, de uma nova geração de programas europeus, que adoptaram a denominação de 'Sócrates' (educação) e 'Leonardo Da Vinci' (formação profissional). Ambos os programas representam os primeiros passos de aplicação de uma política europeia de ensino. Eles preservam e consolidam a maioria das acções e dos objectivos de seus precursores, mas acrescentam novas ênfases, tais como a cooperação nas áreas da aprendizagem ao longo da vida e do multimédia.

À época, a preocupação da Comunidade voltava-se para as questões da participação no desenvolvimento da 'dimensão europeia'. Esta ênfase na promoção da 'dimensão europeia' remonta, como antes foi referido, aos anos 1970, quando as propostas existentes reflectiam a ambição de desenvolver a mobilidade de professores, investigadores e estudantes (Programas Sócrates e Erasmus)[56], bem como estimular a cooperação entre escolas e a recolha de informação numa perspectiva de criação de uma "dimensão europeia".

Em 24 de Maio de 1988, o Conselho de Ministros da Educação, no texto da Resolução, reafirmava a ideia da "dimensão europeia", através da cooperação entre os Estados membros, do reforço do sentimento de identidade europeia nos jovens, da introdução da dimensão nos 'curricula' das escolas, do intercâmbio de experiências, da correspondência de diplomas. A noção de que era necessário construir um sentido de identidade e pertença confere aos documentos da União uma relação entre a educação e a cidadania europeia que o princípio de "dimensão europeia" concretizaria. A mobilidade assumia-se como uma das formas de consubstanciar o conceito, tornado realidade através de programas de intercâmbio de estudantes professores e investigadores e no incremento da mobilidade de trabalhadores dos Estados Membros, visando a construção de uma cidadania europeia activa.

[56] O programa Sócrats constitui um programa amplo e global que engloba e articula uma variedade de programas anteriormente existentes isoladamente. Assim, além do programa 'Erasmus' (para o ensino superior e que promove a colaboração e a mobilidade dos respectivos estudantes); fazem parte o programa 'Tempus' (para o ensino superior que promove a cooperação no âmbito do currículo, da inovação, da formação de professores, da gestão e das reformas); 'Comenius' (para o ensino primário e secundário e que promove a cooperação na área da formação do pessoal do ensino escolar); o 'Grundtvig' (para a formação permanente e que promove a cooperação na área da Educação de adultos e da aprendizagem ao longo da vida); o 'Língua' (para o desenvolvimento de competências linguísticas); o 'Minerva' (para o ensino à distancia e as tecnologias de informação); o 'Euydice' (rede europeia de informação na área da Educação) e o 'Arion' (visitas de estudos para decisores no âmbito da Educação) (Marques, Aníbal, Graça & Teodoro, 2008a).

Em 1997, foi aprovado o Tratado de Amesterdão que manteve os mesmos artigos sobre educação e ampliou os direitos da cidadania europeia, salientando o protagonismo dos cidadãos em detrimento dos governos. A cidadania activa[57] foi considerada um elemento primordial para a construção da Europa.

Entre 1997 e 2000, a intervenção da União Europeia (UE), tendo por base o art.º 149 do Tratado de Maastricht (1992), propõe o incremento de uma política educativa europeia a partir do conceito vago e flexível de 'qualidade'. Os 'dezasseis indicadores de qualidade', apesar de publicados já em 2000 (dois meses depois da aprovação da Estratégia de Lisboa[58]), corporizam uma etapa mais orientada para a avaliação da eficiência do funcionamento dos sistemas nacionais com base em referentes definidos pela UE.

Entretanto, várias estruturas, mecanismos e processos contribuíram para o crescimento das áreas de intervenção europeia no seio da Educação e da formação profissional. O desenvolvimento e o impacto dos programas europeus representam uma forte evidência de 'unionização' da Educação e formação profissional.

1.2 – A construção de um referencial para a educação superior?

A homogeneidade nas reformas educativas ocorridas em vários países, essencialmente na década de 1990 (Antunes, 2005a; Seixas, 2001), reforçam o processo gradativo de internacionalização dos sistemas educativos, ou como denominam alguns autores

[57] Pretendia-se que os cidadãos se representassem como pessoas autónomas e críticas, participativas e responsáveis, para constituir uma sociedade caracterizada pelo respeito aos princípios da democracia, aos direitos humanos, à paz, à liberdade e à igualdade (Starkie, 2006).

[58] Durante o Conselho Europeu de Lisboa (Março de 2000), os Chefes de Estado e de Governo lançaram uma estratégia dita «de Lisboa», com o objectivo de tornar a União Europeia (UE) na economia mais competitiva do mundo e alcançar o objectivo de pleno emprego até 2010. Desenvolvida em vários Conselhos Europeus posteriores, esta estratégia assenta em três pilares:

- Um pilar económico que deve preparar a transição para uma economia competitiva, dinâmica e baseada no conhecimento. É dada prioridade à necessidade permanente de adaptação à evolução da sociedade de informação e aos esforços a realizar em matéria de investigação e desenvolvimento.
- Um pilar social que deverá permitir modernizar o modelo social europeu graças ao investimento nos recursos humanos e à luta contra a exclusão social. Os Estados-Membros são instados a investir na educação e na formação, e a desenvolver uma política activa a favor do emprego, de modo a facilitar a transição para a economia do conhecimento.
- Um pilar ambiental, acrescentado no Conselho Europeu de Göteborg, em Junho de 2001, e que chama a atenção para a necessidade de dissociar o crescimento económico da utilização dos recursos naturais.

Para atingir os objectivos fixados em 2000, foi estabelecida uma lista de objectivos quantitativos. Tendo em conta que as políticas em causa dependem quase exclusivamente das competências atribuídas aos Estados-Membros, foi adoptado um método aberto de coordenação (MAC), que inclui a elaboração de planos de acção nacionais. Para além das grandes orientações das políticas económicas, a Estratégia de Lisboa prevê a adaptação e o reforço dos processos de coordenação já existentes: o Processo do Luxemburgo para o emprego, o Processo de Cardiff para o funcionamento dos mercados (bens, serviços e capitais) e o Processo de Colónia no domínio do diálogo macroeconómico (Marques, Aníbal, Graça, & Teodoro, 2008a, p. 136).

(Nóvoa, 1998; Santos, 2001, 2008, 2010), a globalização das políticas educativas. O impacto da globalização na educação reflectiu-se numa articulação entre educação e interesses económicos nacionais, originando uma afirmação do Estado face à educação como um bem público, bem como no afastamento da educação do controlo directo do Estado, subjugando a educação a uma lógica de mercado (Robertson, 2010; Seixas, 2001). A dinâmica encontrada na mudança educacional e na elaboração das políticas educativas, tem subjacente o método aberto de coordenação em que os governos definem e assumem compromissos políticos em plataformas supranacionais constituídas para o efeito. Estes compromissos são posteriormente validados pelas instituições nacionais, assumindo o carácter voluntário de formas de legitimação naturalizada, não obstante a ausência de processos institucionalizados e organizados de debate (Antunes, 2005a).

A influência do neoliberalismo na política, e especificamente, nas políticas educativas, perspectivou a Educação superior "como capital humano, como um motor para o crescimento económico, como um bem privado em vez de um bem público e como um novo sector de serviços no seio da economia" (Robertson, 2010, p. 122). O assumir deste papel preponderante da Educação, tem levado o ensino superior a adquirir uma centralidade crescente para as estratégias nacionais no mundo global. Sobre ele cai a imposição de manter a posição nacional na economia mundial, pela eficiência dos sistemas na formação de trabalhadores altamente qualificados e pela investigação e desenvolvimento (Seixas, 2001).

Estes aspectos reflectiram-se nas políticas educativas, ao nível europeu, que de encontro à perspectiva da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), incentivaram a criação de sociedades alicerçadas na informação ou no conhecimento (Robertson, 2010). A criação de uma 'Nova Europa' teve na Estratégia de Lisboa um forte impulso (Antunes, 2008b; Dale, 2008; Robertson, 2010). As questões da Educação e da formação adquirem centralidade nas políticas da União, estabelecem-se áreas prioritárias comuns de intervenção, define-se um programa articulado e uma estratégia de actuação que possibilita aprofundar o processo de integração educacional (Marques *et al*, 2008a). Também a Agenda de Lisboa tinha um instrumento adequado à mudança do ensino superior: o Processo de Bolonha (Robertson, 2010).

A 19 de Junho de 1999, um ano após a Declaração da Sorbonne[59], os ministros de 29 países europeus responsáveis pelo ensino superior, entre os quais o Estado Português, subscreveram a Declaração de Bolonha[60], acordo que continha como objectivo central o estabelecimento, até 2010[61], do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES), coerente, compatível, competitivo e atractivo para estudantes europeus e de países terceiros, espaço que promovesse a coesão europeia através do conhecimento, da mobilidade e da empregabilidade dos seus diplomados (Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro).

Este processo político inovador surge como a congregação da vontade política de um vasto conjunto de Estados, que pretendem construir uma plataforma supranacional. Esta colaboração institucional transnacional, assente em entendimentos intergovernamentais, resulta num programa político comum cuja afirmação e determinação concorrem na promoção de mudanças convergentes. Trata-se de mudanças em série que conduzem os Estados a cederem, de modo voluntário, aspectos da sua soberania nacional em prol de organismos internacionais como forma de solucionar problemas de natureza económica (Dale, 2004).

A denominada construção do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES), assenta em conceitos de "atractividade, competitividade, mobilidade, compatibilidade, garantia de qualidade que convergem para desenhar os contornos de uma realidade mais económica do que cultural" (Antunes, 2005a, p. 133). A comparabilidade e a compatibilidade de graus e de qualificações, a certificação de créditos e a sua transferência e o desenvolvimento da mobilidade, entre outros, surgem como elementos do EEES mas também como constituição de um mercado do ensino superior, indicando também uma preocupação com a sua regulação a nível europeu. A oferta de ensino parece ser, não um sistema de ensino público, mas antes um mercado de aprendizagens. Deste modo, o Processo de Bolonha surge com um papel de regulação, por parte dos Estados europeus e da União Europeia, englobando um mercado europeu do ensino superior e a aplicação do acordo geral de comércio de serviços à área do ensino superior.

Desta forma, e de acordo com a concretização dos objectivos traçados no Processo de Bolonha, foram instituídos os seguintes princípios reguladores para a criação do EEES: estrutura de três ciclos no ensino superior (licenciatura, mestrado e doutoramento); instituição

[59] A 25 de Maio de 1998, os Ministros da Educação de quatro países (França, Reino Unido, Alemanha e Itália) assinaram uma declaração conjunta sobre a harmonização da arquitectura do sistema europeu do ensino superior, que ficou conhecida como Declaração de Sorbonne.

[60] Voltaremos ao Processo de Bolonha, numa análise mais pormenorizada sobre as implicações para o ensino superior de enfermagem (ver pág. 82).

[61] Existe actualmente uma nova meta fixada para 2020, tema que abordamos na pág. 89.

de graus académicos intercompreensíveis e comparáveis; organização curricular por unidades de crédito acumuláveis e transferíveis no âmbito nacional e internacional; instrumentos de mobilidade estudantil no espaço europeu durante e após a formação[62] (cfr. preâmbulo do Decreto-Lei n.º 42/2005).

A Declaração de Bolonha (1999) tem vindo a ser incrementada nos países envolvidos e monitorizada pela UE nomeadamente com a realização bianual (Praga/2001, Berlim/2003, Bergen/2005, Londres/2007, Louvaina/2009, Budapeste/Viena/2010 [10º aniversario da Declaração de Bolonha], Bucareste/2012) de uma conferência de ministros específica.

Além da expansão que o Processo de Bolonha proporcionou ao ensino superior (Robertson, 2010), o projecto «Tuning»[63] procurou tornar equivalente as experiências curriculares de vários contextos institucionais e nacionais, como garantia de coerência e mobilidade. O projecto «Tuning» surgiu assim, como forma de implementar o Processo de Bolonha centrado numa abordagem de transparência e no desenvolvimento de uma linguagem comum pela descrição de programas do ensino superior, além de melhorar a comparabilidade e de promover o seu reconhecimento internacional (Tuning, 2010). A própria denominação «Tuning» ('afinar' em termos musicais) defende a fixação de pontos de referência, de convergência e de compreensão mútua, mais do que unificação dos planos de estudo, a nível europeu (DGES, 2008b).

As relações entre educação e trabalho e o seu papel na regulação social, sofrem um novo enfoque com o Tratado de Copenhaga[64], coordenado pela Comissão Europeia, procurando desenvolver uma articulação mais apertada das questões relacionadas com a educação e cultura, integrando-se no que mais tarde se viria a denominar de Programa

[62] Exceptuando a adopção de um sistema de graus, comparáveis e baseado em dois ciclos, os outros objectivos constituíam, desde 1986, o foco da intervenção política comunitária no domínio da Educação e do ensino superior, através dos programas de acção, em especial 'Erasmus', mas também 'Tempus', 'Arion', promovidos pela Comissão Europeia baseados em decisões do Conselho Europeu (Antunes, 2005a).

[63] Em 2000, um várias universidades aceitaram conjuntamente o objectivo proposto por Bolonha e elaboraram um projecto-piloto intitulado '«Tuning» - sintonizar as estruturas educativas da Europa'. O projecto «Tuning» baseia-se em diversas linhas de acção ajustadas em Bolonha, mas especialmente, a adopção de um sistema de títulos facilmente identificáveis e equiparáveis, a adopção de um sistema sustentado em dois ciclos e a determinação de um sistema de créditos (DGES, 2008b). A noção da europeização do currículo tem vindo a ser implementada, reflectindo-se em imposições de ciclos de formação no ensino superior (Pacheco, 2009a).

[64] O processo de Copenhaga (formação profissional) teve origem na continuidade de uma resolução do Conselho Europeu, em Março de 2002, como uma plataforma de coordenação de políticas abrangendo os países europeus envolvidos (Marques *et al*, 2008a). Em 2002 faziam parte 31 países: os 15 mais antigos membros da UE, os 10 que recentemente tinham aderido, 3 Estados candidatos (Bulgária, Roménia, e Turquia) e os 3 países da EFTA/EEE (Islândia, Noruega e Liechtenstein) (Antunes, 2005a).

Educação e Formação 2010[65] (Marques *et al*, 2008a). Dois dos instrumentos consequente deste tratado e que condicionaram a relação entre a educação e o trabalho foram o «Europass» e o Quadro Europeu de Qualificações (Antunes, 2008b; Robertson, 2010).

A carteira de cinco documentos que constituem o «Europass»[66], em vigor desde 2005, emergiu como forma de tornar transparente as qualificações e as competências dos cidadãos europeus, permitindo uma aproximação ao mercado de trabalho (Antunes, 2008a). O «Europass» engloba a informação individual estruturada sobre a forma de aprendizagem e de trabalho. No entanto, como criticamente opina Robertson (2010), o «Europass» não aborda questões essenciais relacionadas com as barreiras à mobilidade como a acreditação profissional, a língua e a xenofobia, nem permite que cidadãos mais criativos e competitivos possam mostrar a diferença na elaboração dos seus dados curriculares, pela obrigatoriedade no formato único.

O Quadro Europeu de Qualificações (QEQ)[67], adoptado em 2008 pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho, regulamenta a tradução e a comparação dos níveis de qualificação de diferentes países, com o objectivo de tornar as qualificações mais claras e compreensíveis entre sistemas e promover a mobilidade dos estudantes e trabalhadores entre países. Trata-se de um meta-quadro com pontos referenciais comuns estruturados em oito níveis que abarcam todas as qualificações do sistema educativo e formativo, com uma abordagem assente nos resultados de aprendizagem (Robertson, 2010), como apresentamos no quadro seguinte.

[65] O programa Educação e Formação 2010 começou a ser planeado a partir de 1999, vindo a organizar-se como um conjunto de objectivos, adoptados pelos Estados membros, para os sistemas educativos e de formação do grupo de países abrangidos. Posteriormente, foi também aprovado um programa de trabalho detalhado e de parâmetros de referência europeu, para futura monitorização da implementação daquele programa (Marques *et al*, 2008a).

[66] Este bilhete de identidade europeu sobre a aprendizagem e o trabalho, a nível individual, é composto por cinco documentos: o '«Curriculum Vitae»' (configuração comum para descrever as experiências e capacidades educacionais, profissionais e pessoais); o '«Europass» Mobilidade' (regista os conhecimentos e as competências adquiridos noutro país europeu); o 'Suplemento ao Certificado' (descreve os conhecimentos e as competências adquiridos pelos titulares de certificados de ensino e formação profissional); o 'Suplemento ao Diploma' (descreve os conhecimentos e as competências adquiridos pelos titulares de diplomas de ensino superior) e o 'Passaporte de Línguas' (registo de auto-avaliação de competências e qualificações linguísticas). Informação disponível em: http://europass.cedefop.europa.eu/pt/about.iehtml.

[67] Consiste num quadro de referência comum que permite fazer corresponder e comparar os sistemas de qualificações de vários países. Recorrerem a uma abordagem baseada nos resultados de aprendizagem para definir e descrever qualificações e promover a validação da aprendizagem não formal e informal. Informação disponível em: http://www.catalogo.anqep.gov.pt/Home/QNQ.

Quadro 5 – Descritores dos níveis do Quadro Nacional de Qualificações, ao nível da Educação superior[68]

Níveis de qualificação	Resultados de aprendizagem correspondente		
	Conhecimentos	**Aptidões**	**Atitudes**
Nível 6 (Licenciatura)	Conhecimento aprofundado de uma determinada área de estudo ou de trabalho que implica uma compreensão crítica de teorias e de princípios.	Aptidões avançadas que revelam a mestria e a inovação necessárias à resolução de problemas complexos e imprevisíveis numa área especializada de estudos ou de trabalho	Gerir actividades ou projectos técnicos ou profissionais complexos, assumindo a responsabilidade da tomada de decisões em contextos de estudo ou de trabalho imprevisíveis. Assumir responsabilidades em matéria de gestão do desenvolvimento profissional individual e colectivo
Nível 7 (Mestrado)	Conhecimento altamente especializados, alguns dos quais se encontram na vanguarda do conhecimento numa determinada área de estudo ou de trabalho, que sustentam a capacidade de reflexão original e ou investigação. Consciência crítica das questões relativas aos conhecimentos numa área e na interligação entre várias áreas	Aptidões especializadas para a resolução de problemas em matéria de investigação e/ou inovação, para desenvolver novos conhecimentos e procedimentos e integrar os conhecimentos de diferentes áreas	Gerir e transformar contextos de estudo ou de trabalho complexos, imprevisíveis e que exigem abordagens estratégicas novas. Assumir responsabilidades por forma a contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais e/ou para rever o desempenho estratégico de equipas.
Nível 8 (Doutoramento)	Conhecimentos de ponta na vanguarda de uma área de estudo ou de trabalho e na interligação entre áreas.	As aptidões e as técnicas mais avançadas e especializadas, incluindo capacidade de síntese e de avaliação, necessárias para a resolução de problemas críticos na área da investigação e/ou da inovação ou para o alargamento e a redefinição dos conhecimentos ou das práticas profissionais existentes	Demonstrar um nível considerável de autoridade, inovação, autonomia, integridade científica ou profissional e assumir um firme compromisso no que diz respeito ao desenvolvimento de novas ideias ou novos processos na vanguarda de contextos de estudo ou de trabalho, inclusive em matéria de investigação.

Fonte: Adaptado de DGES (2009).

Resumidamente, segundo a perspectiva da economia baseada no conhecimento[69], o ensino superior é considerado pela sua contribuição económica e não pela cultural, como um

[68] Pelo âmbito do estudo, só nos focamos nos níveis de qualificação relacionados com a Educação Superior, o nível 6, 7 e 8. Os restantes níveis são: nível 1) 2º ciclo do ensino básico; nível 2) 3º ciclo do ensino básico obtido no ensino básico ou por percursos de dupla certificação; nível 3) ensino secundário vocacionado para prosseguimento de estudo de nível superior; nível 4) ensino secundário obtido por percursos de dupla certificação ou ensino secundário vocacionado para prosseguimento de estudo de nível superior acrescido de estágio profissional – mínimo de 6 meses; e nível 5) qualificações de pós-secundária não superior com créditos para prosseguimento de estudo de nível superior. Informação disponível em: http://www.catalogo.anqep.gov.pt/Home/QNQ.

[69] Embora a economia sempre tenha estado ligada ao conhecimento, o intensificar da ideia do conhecimento e o seu vínculo à economia sugere que existe algo no modo como as economias procuram ser produtivas e gerar mais-valia sobre o conhecimento em si mesmo. Cada vez mais, as economias apoiadas no conhecimento ofertam

mercado rentável e como veículo de criação de novos valores (Croché, 2008; Perrenoud, 2004; Robertson, 2010). Na revisão da natureza e consequências da internacionalização da Educação Superior, a centralidade da economia do conhecimento, quer pela competitividade globalmente associada, quer pelas barreiras para a alcançar, sugerem uma lógica e uma legitimação para a criação do sistema europeu de Educação Superior (Robertson, 2010). Inicialmente, a internacionalização da Educação superior foi conduzida a um processo de regionalização. No liquidificar de fronteiras em torno dos interesses nacionais, (Antunes, 2005a) a regionalização abriu o território de Educação Superior dos Estados membros a uma governação de nível europeu (Robertson, 2010). Desde 2003[70], o rumo situa-se mais explicitamente, a nível global. A mudança de rota deve-se à necessidade de afirmação dos estudantes internacionais na indústria globalizante da educação e na imensa competição existente. Tal facto parece legitimar a UE como actor da arena mundial proporcionando um meio de afirmação da Europa no mundo global (Robertson, 2010).

2 – Que Reforma do Ensino Superior Português?

Um dos marcos mais importantes no cenário social do século XX, tanto na Europa, como nos Estados Unidos da América, foi a forte tendência, desde a segunda metade do século, de uma ampliação do acesso ao ensino superior[71]. A crescente importância que o ensino superior tem vindo a adquirir na promoção de mudanças na sociedade, quer pela sua componente económica, quer pela componente social, fez com que se tornasse parte integrante do elenco das temáticas consideradas prioritárias e estratégicas para o progresso das nações. Generaliza-se a crença de que o desenvolvimento solicita cada vez mais o alargamento dos níveis de escolaridade dos cidadãos e que as necessidades do desenvolvimento e consequentemente o novo perfil de procura exigem flexibilidade, agilidade, alternativas de formação adequadas às expectativas de rápida inserção num sistema produtivo em constante mudança (Neves, 2007).

A expansão do ensino superior teve como um dos elementos impulsionadores o significado consideravelmente major da ciência, pesquisa e qualificação para a capacidade de

serviços muitíssimo especializados e de grande valor acrescentado em diferentes áreas do conhecimento, criando patentes e direitos de autor, sendo aí que baseiam o seu crescimento económico (Robertson, 2008).

[70] A partir de 2003, que a enfase subjacente aos programas lançados parece obedecer a uma lógica de competitividade global e ao desenvolvimento do EEES. As actividades referem-se ao projecto «Erasmus Mundus» [programa de cooperação e mobilidade no âmbito do ensino superior que visa apoiar projectos de cooperação e mobilidade entre a Europa e países terceiros] e ao «Tuning», entre outros (Robertson, 2010).

[71] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2010).

geração de riqueza de uma sociedade, da qual depende, em última instância, também a estabilidade dos sistemas de segurança social. A concorrência cada vez mais globalizada impõe, com rapidez, um conhecimento renovado e aplicável, daí que a inovação seja cada vez mais breve, em muitas áreas da sociedade. Para fazer frente à tal variação, os cidadãos devem ponderar, cada vez mais, a perspectiva de várias mudanças no mercado de trabalho e da actividade nele desempenhada ao longo da sua vida profissional, considerando que um curso superior deixou de ser sinónimo de qualificação para toda a vida profissional.

Estas novas expectativas de formação pressupõem um ruptura com padrões e modelos rígidos e, em muitos casos, indiferenciados do ensino superior. Ao tornar-se fundamental que estas mudanças assegurem o crescimento do acesso ao ensino superior, implica que haja mudanças no perfil de formação, qualificando-a quer no domínio de conhecimento, quer na capacidade de aplicá-los criativamente na solução de problemas concretos, quer no desenvolvimento de espírito de liderança e polivalência funcional, bem como, na maior adaptabilidade à mudança tecnológica, de informação e comunicação.

A reforma do ensino superior português respondeu a um objectivo estratégico no âmbito do movimento europeu de modernização de universidades e politécnicos de modo a contribuir para o desenvolvimento de sociedades e economias do conhecimento[72]. Com efeito, tratou-se de garantir o reconhecimento da qualificação dos portugueses no espaço europeu e a sua mobilidade, mas essencialmente de promover a igualdade de oportunidades no acesso ao ensino superior, melhorando os níveis de frequência e conclusão dos cursos, angariando novos públicos e diversificando a oferta de formações.

As últimas e importantes transformações que consideramos estruturais no actual sistema de ensino superior em Portugal são, especificamente, o novo regime jurídico das instituições de ensino superior, a criação da agência de avaliação e acreditação do ensino superior, as novas condições de acesso ao ensino superior, e o novo estatuto da carreira docente universitária e politécnica, como abordamos neste ponto.

2.1 – Regime jurídico vigente[73]

Com o pretexto de modernizar e qualificar a educação superior e as suas instituições de ensino, o Estado português aprovou o Regime Jurídico das Instituições do Ensino Superior (RJIES), através da Lei nº 62/2007, de 10 de Setembro, agregando quatro diplomas existentes:

[72] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Teodoro, Galego e Marques (2010).
[73] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Galego, Marques e Teodoro (2011).

Lei do Regime Jurídico do Desenvolvimento e Qualidade do Ensino Superior, as duas leis de autonomia relativas às instituições públicas universitárias e politécnicas, e o Estatuto do Ensino Superior Particular e Cooperativo.

O actual desenho normativo do sistema educativo do ensino superior mantém e reforça o sistema binário, iniciado com a Lei de Bases do Sistema Educativo[74], onde o ensino superior se encontra dividido em dois subsistemas: o ensino universitário e o ensino superior politécnico[75]. A justificação apresentada situa-se no plano das "exigências de uma procura crescentemente diversificada de ensino superior orientada para a resposta às necessidades dos que terminam o ensino secundário e dos que procuram cursos vocacionados e profissionais e aprendizagem ao longo da vida" (artº3, nº2, da Lei nº 62/2007).

Neste contexto, atribui-se ao ensino universitário a oferta de formações científicas sólidas, juntando esforços e competências de unidades de ensino e investigação, e ao ensino politécnico formações vocacionais e formações técnicas avançadas, orientadas profissionalmente (Lei nº 62/2007).

Em termos organizacionais predomina uma assumida e clara distinção institucional. As universidades têm a possibilidade de ter os três ciclos de formação, ou seja, atribuir os graus de licenciado, mestre e doutor e de realizar as provas de agregação, o mais alto reconhecimento profissional da carreira académica. Aos institutos superiores politécnicos apenas é reconhecida a possibilidade de darem os dois primeiros ciclos, o de licenciado e mestre e, mesmo no último caso, com limitações. Procura-se que os mestrados autorizados não sejam de natureza 'científica', mas antes de natureza 'profissional' ou de 'especialização'.

A prestação de contas e a melhoria do desempenho das instituições implicam um efectivo mecanismo de autonomia das mesmas. Para além da autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira contemplada na Lei de Bases do Sistema Educativo de 1986, o RJIES advoga que às instituições de ensino superior públicas é também concedida autonomia estatutária, cultural, patrimonial e disciplinar face ao Estado. Os possíveis ganhos de autonomia implicam uma reformulação das formas de organização das instituições,

[74] Lei nº 46/86, de 14 de Outubro, que apresenta a educação escolar em três níveis escolares – ensino básico (nove anos), ensino secundário (três anos) e ensino superior (três a seis anos).

[75] A generalização do regime de «numerus clausus» nos anos de 1970 foi a primeira das medidas adoptadas no sentido de desviar a procura do ensino superior universitário. Essa medida, de carácter *negativo*, foi de imediato acompanhada pela decisão de proceder à criação do 'ensino superior de curta duração', ou como mais tarde veio a ser designado, de 'ensino superior politécnico', ao qual foi atribuída uma inequívoca prioridade nos planos de desenvolvimento do ensino superior público em Portugal, prioridade que se vai manter até aos anos de 1990. Nesse projecto, que teve a participação activa do Banco Mundial, nos planos de ajuda técnica e de financiamento, o objectivo era implementar um ensino superior curto, essencialmente técnico e centrado numa formação prática e especializada (Teodoro, Galego e Marques, 2010).

convertidos para novos estatutos elaborados já de acordo com o novo quadro legal. Uma das inovações é a participação externa[76] nas universidades e nas escolas politécnicas e que corresponde a uma maior abertura "a elementos externos e maior responsabilidade perante o exterior, embora não perante o Governo; diminuição de órgãos colegiais; redução do peso dos estudantes e dos funcionários na gestão universitária"[77] (Moreira, 2008, p. 130). As discordâncias entre o sistema de governo monista instituído pelo RJIES, e o sistema dualista[78] passam pela não separação entre o poder deliberativo e o poder de controlo.

Nas reformas que o sistema de governação introduziu nas instituições públicas, o RJIES acompanha as tendências europeias conhecidas como novo 'managerialismo'[79] público. A adopção deste novo modelo de gestão é justificado por: (a) apresentar benefícios para os serviços, ajudando a racionalizar as despesas; (b) obrigar as organizações a clarificarem os seus objectivos e a adoptarem estratégias para a sua concretização; (c) definir uma maior responsabilização dos serviços públicos perante os seus clientes; e, (d) permitir uma maior flexibilidade de gestão, possibilitando também a capacidade de inovação. No entanto, várias críticas são levantadas, questionando a primazia da gestão empresarial sobre a gestão pública, reduzindo o papel dos cidadãos ao de consumidores, bem como o afastamento das responsabilidades do Estado no funcionamento dos serviços públicos por um lado, e o forte controlo do seu funcionamento, por outro (Simões, 2004).

No seio das instituições e da comunidade académica emergem fundamentos de que as novas situações de mercado constituem uma possibilidade de afirmação da legitimidade social da universidade, demonstrando explicitamente a sua utilidade económica (Santiago,

[76] Vários países europeus têm um órgão de maioria externa que representa os interesses do Estado e da sociedade e que tem as funções de administração não executiva ou de supervisão de uma estrutura executiva liderada pela figura do Reitor (Gomes, 2007; Mestrinho, 2012).

[77] Moreira (2008) corrobora a ideia da inovação apresentada por Gomes (2007) ao referir que as mudanças profundas do ensino superior serão no sistema de governo pondo fim à endogenia ancestral das Instituições Ensino Superior.

[78] Um sistema dualista assenta na combinação de um conselho universitário representativo (com maioria efectiva de professores) com um conselho de supervisão essencialmente externo (podendo incluir membros nomeados pelo Governo), enquanto o modelo monista é composto por um 'conselho geral' misto (representantes de professores e estudantes e elementos externos), sem separação entre poder deliberativo e poder de controlo (Costa, 2007; Moreira, 2008).

[79] No final dos anos 1980, surgiu um conjunto de políticas que tiveram grande impacto na regulação das instituições de ensino superior. Políticas que resultam de tentativas de transformar vertical e horizontalmente os sistemas e as instituições. No plano vertical, os esforços centram-se na reconfiguração das relações entre o Estado e as instituições, especialmente, ao nível da autonomia, da avaliação e da prestação de contas, enquadradas num movimento de desmantelamento do Estado-providência. No plano horizontal, o destaque situa-se no surgimento de novas estruturas organizacionais, novas formas de prestação de serviços, novas culturas institucionais e profissionais e na reestruturação das relações de poder institucional. Este conjunto de alterações colocava a ênfase na eficiência, e na responsabilidade social das organizações, especialmente ao nível financeiro (Santiago, 2005).

2005). No entanto, o novo 'managerialismo' público não se reduz a uma alteração da gestão, mas representa um corte com os modelos anteriores centrados na participação dos membros da academia (docentes, estudantes, funcionários) e na colegialidade dos órgãos de direcção.

O Estado, embora conceda autonomia às instituições, mantém uma forte regulação do ensino superior, dando origem a modelos onde o controlo se faz pela introdução dos interesses do mercado (a procura), representado por «stakeholders»[80] a quem se dá um peso crescente na governação das instituições, e pelos processos de avaliação e acreditação das instituições. Como sublinham Amaral e Magalhães (2009), a retracção do Estado da gestão institucional não corresponde, contudo, a uma perspectiva de diminuição do papel do Estado; pelo contrário, o reforço da autonomia institucional neste contexto de reconfiguração legal das Instituições de Ensino Superior (IES) para organizações de direito privado corresponde a um aumento do poder do Estado para conduzir os sistemas de educação superior. Como o relacionamento entre o Estado e as instituições autónomas é configurado como um sistema de ligação contratual regulado de acordo com as estratégias governamentais, aparece como um incremento, mais do que uma retracção, da coordenação dos sistemas e das instituições.

2.2 – Avaliação e acreditação[81]

A aprovação pela Assembleia da República do RJIES é uma das etapas do processo de instauração de um recente modelo de universidade, em Portugal, que também se expande na Europa. Ao RJIES sucedeu-se um conjunto de decretos-lei convergentes com este modelo de universidade. Um dos mais relevantes foi o Decreto-Lei nº 369/2007, de 5 de Novembro, que criou a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES).

Com natureza jurídica de uma fundação de direito privado, a A3ES tem por missão avaliar e acreditar tanto as instituições de ensino superior como os seus respectivos ciclos de estudos, com o intuito anunciado de melhorar a qualidade do ensino superior português, não perdendo de vista o objectivo da inserção de Portugal no sistema europeu de garantia da qualidade do ensino superior.

Neste contexto, com a criação da A3ES, em substituição ao Conselho Nacional de Avaliação do Ensino Superior (CNAVES)[82], as instituições de ensino superior mantêm a

[80] Segundo Amaral e Magalhães (2000) embora o termo em inglês indique aquele a quem se confia o dinheiro de vários apostadores, como alguém de confiança, imparcial, a sua utilização no ensino superior sugere um significado diferente. É então considerado um «stakeholder», "a pessoa ou entidade com legítimo interesse no ensino superior e que, como tal, adquire algum direito de intervenção. Serão «stakeholders» os alunos, os pais, os empregadores, o Estado, a sociedade, as próprias instituições de ensino superior" (p. 8).
[81] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Galego, Marques e Teodoro (2011).

avaliação nas duas vertentes instituídas pelo CNAVES para continuarem a contar com o apoio financeiro do Estado e para aprovarem e renovarem a acreditação dos seus ciclos de estudo no quadro do sistema de garantia de qualidade. Isto é, por um lado, temos auto-avaliações preconizadas pelas próprias instituições e, por outro, as avaliações externas realizadas pela agência. Este último aspecto apresenta «nuances» distintas em relação ao mesmo tipo de avaliação praticada anteriormente. A avaliação externa passa a estar a "cargo de entidades que lhes sejam efectivamente externas e não entidades delas representativas em cuja actividade se confundiam avaliadores externos e avaliados" (Decreto-Lei nº 369/2007).

A independência da A3ES face às entidades avaliadas é, a par da independência do poder político, uma das suas características. No entanto, evidencia uma tendência por parte do Estado em deixar de ter uma acção directa na gestão das entidades, sem contudo deixar cair seu papel de controlador e regulador no exercício dessa gestão, como bem demonstra a alínea 1 do Artigo 5º do Decreto-Lei nº 369/2007: "a agência é independente no exercício das suas funções, no quadro da lei e dos seus Estatutos, sem prejuízo dos princípios orientadores fixados pelo Estado através dos seus órgãos próprios".

Uma outra diferença em relação ao modelo antigo de avaliação é que todas as instituições de ensino superior são obrigadas a passar pelo mesmo processo de avaliação. No antigo modelo, regido pelo Decreto-Lei nº 205/98, de 11 de Junho, as instituições de ensino superior universitário e politécnico, públicas ou privadas tinham, o direito (e não o dever) de participar no sistema de avaliação externa realizado pelo CNAVES com vista a assegurarem a harmonia, a coesão e a credibilidade do sistema de avaliação. Caso não exercessem esse direito, o Ministério da Educação, por meio de despacho, teria de definir os termos de avaliação a que as instituições ficariam sujeitas. Tal situação conduzia a desigualdades nos critérios de avaliação que poderiam beneficiar umas instituições em detrimento de outras. As entidades que não integrassem o sistema de avaliação teriam como consequência o cessamento de apoios financeiros do Estado, exceptuando o apoio à acção social escolar, restrições na admissão de novos alunos nos cursos em funcionamento e suspensão do registo de cursos ou revogações de autorização do seu funcionamento ou do seu reconhecimento oficial, consoante os casos. No actual modelo, a recusa à avaliação externa determina o cancelamento da acreditação dos ciclos de estudo de uma instituição e a abertura de um

[82] Organismo instituído pelo Decreto-Lei nº 205/98, de 11 de Julho, com o objectivo de estimular a melhoria da qualidade das actividades desenvolvidas, informar e esclarecer a comunidade educativa e a comunidade nacional, assim como assegurar um conhecimento mais rigoroso e um diálogo mais transparente entre as instituições de ensino superior e contribuir para o ordenamento da respectiva rede.

processo de averiguação das condições de funcionamento institucional, com subsequentes consequências legais.

A par da avaliação, o diploma fixa a acreditação como outra das competências que está sob alçada da A3ES. A acreditação é obrigatória tanto para o funcionamento das instituições de ensino superior como dos seus respectivos ciclos de estudos e é válida por um período que não pode exceder os oito anos, pelo que as instituições de ensino superior deverão pedir a renovação da acreditação para serem reconhecidas e se manterem no quadro do sistema de garantia da qualidade. No desenvolvimento da sua actividade, a A3ES coopera em estreita relação com a Direcção-Geral do Ensino Superior e o Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e com os demais serviços e organismos da Administração Pública e instituições de ensino superior.

2.3 – Novas condições de acesso[83]

O Processo de Bolonha, no propósito de edificar uma Europa do conhecimento e numa lógica de aprendizagem ao longo da vida, promoveu a abertura do ensino superior a novos públicos. Este contexto conduziu à reformulação legal das condições de acesso ao ensino superior em Portugal, apresentadas pelo Decreto-Lei nº 90/2008, de 30 de Maio. Em termos gerais, o acesso é constituído por um concurso nacional, sendo, no caso do ensino superior público, determinado pela nota obtida na conclusão do ensino secundário, ou pela habilitação legalmente equivalente, e pela resposta dos candidatos aos pré-requisitos que são exigidos para cada curso. O acesso é ainda condicionado pelo número de vagas disponíveis e, no caso do ensino superior privado, pela capacidade financeira do candidato (Cabrito 2000) . Enquanto para o ensino público as normas de acesso são determinadas a nível nacional, com o Concurso Nacional, para as instituições privadas existem os Concursos Institucionais, adequados a cada estabelecimento ou curso.

O Concurso Nacional, que se destina a todos os estudantes que pretendem ingressar no ensino superior público em Portugal, subdivide-se em Contingente Geral e em Contingentes Especiais. Este último dirige-se a candidatos em condições pessoais especiais, tais como: candidatos provenientes das regiões autónomas dos Açores e da Madeira; candidatos emigrantes portugueses e familiares; candidatos a prestar serviço militar efectivo no regime de contrato e candidatos portadores de deficiência física ou sensorial.

[83] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Galego, Marques e Teodoro (2011).

Os concursos especiais são concursos de acesso e ingresso no ensino superior que se destinam a estudantes com habilitações específicas, englobando os maiores de 23 anos, os titulares de cursos superiores, cursos médios ou de um diploma de especialização tecnológica e os titulares do grau de licenciado para acesso ao curso de medicina. Estes concursos são válidos apenas para o ano em que se realizam e as vagas são determinadas para cada par estabelecimento/curso e fixadas anualmente (DGES/MCTES, 2008a).

Como referimos anteriormente, a legislação pós-Bolonha promoveu a abertura do ensino superior a novos públicos, como proposta de igualdade de oportunidades. Assim, dando um novo enquadramento aos antigos exames ad-hoc [84], tornou-se possível para indivíduos adultos sem as habilitações necessárias ao ingresso no ensino superior realizarem uma prova, especialmente adequada, de capacidade para a sua frequência (Decreto-Lei, nº 64/2006, de 21 de Março). Ou seja, uma forma especial de acesso ao ensino superior para quem não tenha concluído o ensino secundário. A responsabilidade de selecção dos estudantes ficou a cargo de cada IES, privilegiando como critério a experiência profissional dos candidatos (Lei nº 49/2005), deixando de ser feita por prova de âmbito nacional e específica para cada curso ou grupos de cursos afins como contemplava a Lei nº 46/86.

Os regimes especiais são regimes de candidatura ao ensino superior que se destinam a estudantes com habilitações e condições pessoais específicas. Podem aceder funcionários portugueses de missão diplomática portuguesa no estrangeiro e seus familiares, cidadãos portugueses bolseiros no estrangeiro ou funcionários públicos em missão oficial no estrangeiro, oficiais das forças armadas portuguesas, bolseiros nacionais de países africanos de expressão portuguesa, funcionários estrangeiros de missão diplomática acreditada em Portugal e seus familiares aqui residentes, praticantes desportivos de alto rendimento e naturais de Timor-Leste. Em cada ano lectivo, o número de estudantes a admitir em cada par estabelecimento/curso para o conjunto dos regimes especiais não pode exceder 10% das vagas aprovadas para o concurso nacional ou para os concursos institucionais (ensino superior privado). Num ano lectivo, cada estudante só pode solicitar matrícula e inscrição através de um dos regimes especiais (DGES/MCTES, 2008).

Os regimes de mudança de curso, transferência e reingresso pretendem dar resposta aos estudantes que desejam inscrever-se num curso diferente daquele em que praticou a última inscrição, no mesmo ou noutro estabelecimento de ensino superior, tendo havido ou

[84] Segundo o art. 12º da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46 /86, de 14 de Outubro), os indivíduos maiores de 25 anos que não possuíssem um curso secundário ou equivalente, teriam de fazer prova especialmente adequada de capacidade para a frequência do ensino superior.

não interrupção de inscrição num curso superior; aos estudantes que querem inscrever-se e matricular-se no mesmo curso em estabelecimento de ensino superior diferente daquele em que está ou esteve matriculado, tendo havido ou não interrupção de inscrição num curso superior; ou para os estudantes que após uma interrupção dos estudos num determinado curso e estabelecimento de ensino superior, pretendem matricular-se no mesmo estabelecimento e se inscrevem no mesmo curso ou em curso que lhe tenha sucedido (DGES/MCTES, 2008a)[85].

No momento em que a expansão do ensino superior é menos acentuada, a possibilidade de cada indivíduo se candidatar a mais de que uma IES por ano lectivo e de cada instituição determinar os critérios de selecção poderá conduzir a uma mercantilização dos cursos rentabilizando uma procura que se encontra deficitária[86]. A este respeito Sousa Santos (2008, p. 27-28) refere que "na Europa domina hoje a ideia de que entramos já num período de pós-massificação, uma ideia com que também se pretende legitimar a mercantilização".

2.4 – Estatutos para a carreira docente[87]

Com a publicação dos Decretos-lei 205/2009 e 207/2009, de 31 de Agosto, referente à revisão dos estatutos das carreiras docente do ensino universitário e de investigação e de docente do ensino politécnico, o governo português deu por encerrado o processo de reforma educativa do ensino superior, que teve por objectivo primordial a modernização e o reforço do ensino superior como contributo indispensável para o desenvolvimento do país, bem como a adequação ao Processo de Bolonha.

Embora com algumas alterações pontuais ao longo dos tempos, os estatutos das carreiras docentes universitária e politécnica em Portugal, na sua essência, não eram alterados há cerca de 30 anos, mais concretamente desde a publicação do Decreto-Lei nº 448/79, de 13 de Novembro.

A necessidade e a vontade política em alterar a carreira docente na educação superior há muito que era sentida pelos vários quadrantes que integram a vida académica, de forma a adaptar os estatutos às necessidades e aos desafios com que o ensino superior se depara actualmente. Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas (CRUP), Conselho

[85] Matrícula é o acto pelo qual o estudante dá entrada no Ensino Superior. A matrícula por si só não dá direito à frequência das aulas sendo necessário proceder à inscrição anual nas disciplinas do respectivo curso. A inscrição é o acto pelo qual o estudante, tendo matrícula válida numa data instituição, fica em condições de frequentar as diversas disciplinas em que se inscreve.

[86] A oferta de curso e de serviços de cada IES parece entrar num sistema de competição tentando atrair um maior número de candidatos possíveis.

[87] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Galego, Marques e Teodoro (2011).

Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (CCIPS), Sindicatos, professores universitários e políticos têm vindo publicamente, desde alguns anos[88], a expressar as suas posições face às quais o estatuto da carreira docente se deveria reger. Estes posicionamentos, em geral divergentes, tornaram difícil atingir um consenso. Talvez seja esse um dos motivos pelo qual o estatuto da carreira docente tenha sido a última das medidas políticas a ser tomada pelo governo no quadro da reforma do ensino superior em Portugal.

Por conseguinte, apesar de todos reconhecerem a necessidade de um novo regime que regulasse a carreira docente no ensino superior, a publicação deste novo estatuto não teve uma aceitação generalizada. Desagradou sobretudo aos docentes dos institutos politécnicos, que se sentiram discriminados pelo facto de se manter a separação da carreira docente universitária da carreira docente politécnica, apesar das suas reivindicações públicas em sentido contrário[89].

Embora com características idênticas no que diz respeito à matéria de transparência, à qualificação na base da carreira, ao estatuto reforçado de estabilidade no emprego («tenure»), à avaliação e às exigências de concurso para mudança de categoria, aquilo que distingue e separa as duas carreiras académicas passa pela diferenciação nas funções que cada um dos subsistemas (politécnico e universitário) desempenha no quadro da formação e qualificação superior dos portugueses.

Neste contexto, compete às universidades contribuir "para a criação das condições para o desenvolvimento científico moderno em Portugal, ao inscrever a investigação científica como elemento central na carreira universitária e ao consagrar condições de dedicação exclusiva dos seus docentes" (preâmbulo do Decreto-Lei nº 205/2009), ao passo que aos institutos politécnicos cabe a função de "atrair mais alunos para o ensino superior, criar fileiras de ensino superior curto em Portugal e, em muitos casos, promover uma inserção regional do ensino superior em todas as regiões do País, com manifestos benefícios económicos e sociais" (preâmbulo Decreto-Lei nº 207/2009) na prossecução da componente técnica na formação dos alunos. Dito de outro modo, as instituições politécnicas deverão

[88] Veja-se por exemplos os vários textos publicados no sítio do SNESup (http://www.snesup.pt/cgi-bin/getinfos.pl?EkVAZZkVlFUsSmjxhv) ou no blog de António Vasconcelos Costa (http://jvcosta.net/artigos_carreira.html).

[89] Apesar do descontentamento por parte dos docentes dos institutos politécnicos, o CCIPS, numa nota de imprensa datada de 1 de Julho de 2009 (um mês antes da publicação da lei), vem publicamente enaltecer o papel deste diploma "na consolidação do ensino superior politécnico, prestigiando e permitindo a qualificação das instituições e das pessoas que nelas trabalham", não apresentando nenhuma contestação ao mesmo.

centrar-se numa formação de natureza profissional ou de especialização em detrimento de uma formação de natureza exclusivamente científica.

Com o novo estatuto da carreira docente do ensino superior, as categorias profissionais dos docentes foram revistas, tendo-se abolido a categoria de 'Assistente', nas universidades e institutos politécnicos, e a categoria de 'Assistente Estagiário', nas universidades – esta categoria não fazia parte da carreira nos politécnicos. Deste modo, a carreira docente universitária é, actualmente, composta pelas categorias de 'Professor Catedrático', 'Professor Associado' e 'Professor Auxiliar' e a carreira docente politécnica pelas categorias 'Professor Adjunto', 'Professor Coordenador' e 'Professor Coordenador Principal'[90]. Para aceder a ambas as carreiras de ensino superior é agora exigido a detenção do grau de 'doutor'. Dada a natureza dos institutos politécnicos de fornecerem uma formação técnica aos alunos, há a possibilidade de, neste caso, se poder aceder à carreira docente politécnica com o título de 'Especialista' [91] que valida a experiência profissional em determinada área.

Uma vez inserido na carreira por concurso público[92] para 'professor auxiliar´, o docente passa por um período experimental de cinco anos (para obter «tenure») o qual deverá ser acompanhado por investigação e produção científica, seguindo deste modo práticas internacionais. Tudo isto é justificado para o alcance da excelência académica que defende que, com excelentes profissionais (professores), se conseguem excelentes alunos. Como mecanismo de gestão de pessoal, os professores de ensino superior passam por processos de avaliação de desempenho periódicos e obrigatórios, valorizando todas as componentes das funções docentes, como o desempenho científico, a capacidade pedagógica e outras actividades relevantes para a missão da instituição do ensino superior. Com esta medida eliminam-se os mecanismos de transição automática entre categorias, até aqui em vigor, reforçando assim o elevado grau de exigência académica.

Reforça-se neste estatuto, para ambas as carreiras, o regime de dedicação exclusiva como regime regra, sem que isso prejudique a opção do docente quer pelo regime de tempo

[90] A categoria de Professor Coordenador Principal é uma nova categoria de topo na carreira docente politécnica, equivalente em termos remuneratórios à categoria de Professor Catedrático da carreira docente universitária.

[91] O Título de Especialista foi criado com a Lei nº 62/2007, de 10 de Setembro (RJIES) e está regulamentado pelo Decreto-Lei nº 206/2009, de 31 de Agosto (Regime Jurídico do Título de Especialista). Este título comprova a qualidade e a especial relevância do currículo profissional numa determinada área para efeitos da composição do corpo docente das instituições de ensino superior e para a carreira docente do ensino superior politécnico.

[92] O estatuto reforça a transparência nos concursos, proibindo a adopção de especificações que estreitem de forma inadequada o acesso dos candidatos à publicidade alargada de todas as fases do processo. O júri dos concursos para a docência no ensino superior é composto maioritariamente por elementos externos à instituição.

integral quer pela possibilidade de transição entre regimes. Garante-se também a autonomia pedagógica e científica com a introdução da estabilidade no emprego («tenure») para os 'professores catedráticos' e 'associados' (universidade) e para os 'professores coordenadores principais' e 'coordenadores' (instituto politécnico).

Para estímulo à colaboração entre universidades e institutos criam-se condições de dispensa de serviço docente para a participação, por determinados períodos, em projectos de investigação ou de extensão académica, condições estas válidas, quer para as instituições universitárias, quer para os institutos politécnicos.

Como se referiu anteriormente, os professores dos institutos politécnicos foram os que se mostraram mais críticos com a publicação dos novos estatutos, nomeadamente no que diz respeito ao regime de transição da carreira imposto, que consideraram ser demasiado penalizador para os professores equiparados a adjuntos, uma vez que na maioria dos casos estão há vários anos a leccionar sem integrar os quadros das instituições. Após algumas mobilizações dos professores[93], estas tiveram resultado e, a 13 de Maio de 2010, foi publicada a Lei nº 7/2010 que corporiza a primeira alteração, por apreciação parlamentar, do Decreto-Lei nº 207/2009, e que procede à alteração do estatuto da carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico.

No essencial, esta lei altera o tão contestado regime de transição na carreira docente do ensino superior politécnico, especificando as condições de transição para cada categoria profissional, tal como anteriormente era feita, mas desta vez contemplando e alargando o tempo de serviço em regime de dedicação exclusiva ou de tempo integral que os docentes possuíam antes da entrada em vigor do novo estatuto, distinguindo os docentes com longos anos de serviço dos que iniciaram a carreira docente há menos tempo.

Numa visão global, Portugal como país constituinte da UE, vivenciou na última década uma forte normalização legislativa na área da Educação. As instâncias supranacionais e o reposicionamento da Educação na regulação social, (Antunes, 2008b), parecem ter impelido várias reformas que em nome da europeização, regularam os princípios e as directivas nacionais. Na perspectiva da OCDE (2008), Portugal foi um aluno bem comportado que efectivou as mudanças que se preconizaram, especificamente para o ensino superior, com

[93] Aproveitando o período de campanha eleitoral que se estava a viver na altura (campanha eleitoral para eleição do XVIII Governo Constitucional), os sindicatos dos professores – SNESup e a Fenprof – mobilizaram-se logo após a publicação dos estatutos no sentido de sensibilizarem os partidos para se comprometerem a alterar, na nova legislatura o regime de transição na carreira.

uma rápida expansão e adequação aos princípios estabelecidos. Significará uma forte resignação às directrizes europeias e globalizadas ou uma real necessidade de actualização do ensino superior? Situando-nos na actualidade (2014), não podemos ignorar o olhar crítico apresentado pelo Observatório de Políticas de Educação e de Formação (OP.EDU)[94]. Segundo a sua perspectiva, há uma forte aplicação dos princípios neoliberais sacralizando o mercado e a iniciativa privada [95] com valorização de uma rede nacional, em detrimento da rede pública de estabelecimentos de ensino. Surge um ensino superior que se mantém atrasado em relação à Europa, em termos de acesso[96], e com uma restrição de financiamentos que pode levar a alterações de estruturas de algumas áreas de conhecimento, mais especificamente de Ciências. Este 'sufoco' parece ser acentuado pelo afugentar dos recém-licenciados para o estrangeiro, e simultaneamente, pelo aliciamento ao estrangeiro que as instituições de ensino superior se vêm obrigadas a fazer, como fonte de atracção de clientes (OP.EDU, 2014) Mas como expõe Teodoro (2011), nos momentos de 'bifurcação' que estamos a viver é importante que a educação, neste caso, superior, seja geradora de emancipação e coesão social e não de controlo social.

Seguidamente, importa compreender que alterações o ensino superior de enfermagem sofreu, como elemento constituinte do ensino superior português, e quais as repercussões na formação em enfermagem.

[94] O Observatório de Políticas de Educação e Formação (OP.Edu) resulta do protocolo assinado entre o presentemente designado Centro de Estudos Interdisciplinares em Educação e Desenvolvimento (CeiED), da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias e o Centro de Estudos Sociais (CES), da Universidade de Coimbra, para uma observação sistemática da realidade do sector da Educação e Formação. Informação disponível em: http://www.op-edu.eu/pages/pt/apresentacao.php

[95] Um valorizar do imediatismo, o triunfo do curto prazo e a primazia do utilitarismo, bem como a predominância da economia sobre a política e sobre a cultura, tem mudado o modelo das IES de instituição cultural para um instrumento de produção, ao serviço da economia (Neave & Amaral, 2012) e apresentado sob a forma de empreendedorismo (OP.EDU, 2014).

[96] Parecem existir dois motivos para tal facto: uma diminuição da taxa de natalidade que tem vindo a ser sentida nos vários níveis de ensino e que se traduz na redução dos estudantes que 'chegam' ao ensino superior; e a extensão do ensino secundário (até ao 12º ano) que embora tenha aumentado o número na educação secundária, pretende ser em cursos de formação profissional que conduzem directamente ao mercado de trabalho, do que em cursos académicos que conduzam ao ensino superior (Rosa & Sarrico, 2012).

CAPÍTULO II – A Formação Superior e o Ensino da Tomada de Decisão no Cuidar em Enfermagem

O fim da arte inferior é agradar, o fim da arte média é elevar, o fim da arte superior é libertar (…) Libertando-nos, sentimo-nos superiores em nós mesmos, senhores, e não emigrados, de nós. A libertação é uma elevação para dentro, como se crescêssemos em vez de nos alçarmos.

Fernando Pessoa (1966)

3 – E Agora que Somos Ensino Superior?

A enfermagem é uma profissão em mudança, numa sociedade em transição. A evolução ocorrida tem permitido a aquisição de novas competências e autonomias, sem no entanto abdicar completamente de um conjunto de eixos estruturantes que tradicionalmente tem suportado a sua prática de cuidados. A integração no ensino superior possibilitou à formação em enfermagem, a abertura a uma transdisciplinaridade de saberes[97], um contacto social mais alargado, bem como a integração em grupos de trabalho pluriprofissionais e o reconhecimento, enquanto elementos decisores. No entanto, embora a formação superior possa revalorizar a imagem social da Enfermagem, ela só possibilitará uma crescente autonomia, se os enfermeiros forem capazes de aplicar e divulgar, no âmbito da sua prática de cuidados, a diversidade de conhecimentos fundamentais aos cuidados de enfermagem (Amendoeira, 2006a).

O ensino de enfermagem, enquanto ensino superior sob a influência do Processo de Bolonha, permitiu oferecer uma diversidade de saberes, que determinou o sentido de uma formação orientada para o desenvolvimento das competências dos estudantes (Sousa & Carvalho, 2012). Neste processo de construção activa e pessoal, procurou-se garantir um melhor conhecimento do contexto social, económico e cultural, assumindo-se como uma fonte de harmonização entre educação e exercício, promotora da qualificação adequada dos enfermeiros. Conjuntamente como parte integrante do espaço europeu de educação, num reconhecimento efectivo da Enfermagem.

Numa perspectiva de compreender a integração do ensino de enfermagem no subsistema politécnico, em si e não tanto no 'aqui ou ali' (Mariana Diniz de Sousa[98], citada por Amendoeira, 2009), e quais as repercussões na formação em enfermagem, bem como o papel do Processo de Bolonha na promoção de algumas mudanças, é o que iremos analisar seguidamente.

3.1 – Academização do ensino de enfermagem[99]?

Em Portugal, o ensino de enfermagem começou em 1881[100] com a Escola de Enfermeiras, ligada aos Hospitais da Universidade de Coimbra, seguida de outras iniciativas

[97] A capacidade das disciplinas assumir um paradigma de articulação de saberes, potencializador do conhecimento e possibilitando um questionamento mais amplo da cognição humana (Amendoeira, 2006a).
[98] Primeira bastonária da Ordem dos Enfermeiros cujo mandato decorreu de 1999 a 2003.
[99] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2010).

das administrações do Hospital Real de S. José e do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia[101]. Tratavam-se dos hospitais mais importantes do país com ligações à Faculdade de Coimbra e às escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto, locais de aprendizagem médica onde se utilizavam modernos processos terapêuticos (Soares, 1997). O ensino de enfermagem era confinado, exclusivamente, aos médicos responsáveis pelos conteúdos necessários à prática profissional dos cuidados. Os cursos, de um modo geral, tinham a duração de dois anos e tinham como condição de acesso, o segundo grau de instrução, ou seja, os quatro anos de escolaridade básica (Pereira, 2008).

A aquisição de destrezas e habilidades, cada vez mais valorizadas, reduziu o ensino ao saber-fazer[102], fruto de um conjunto de acções repetitivas e memorizadas. A prática de enfermagem organizava-se em torno de diferentes tarefas prescritas pelo médico para investigar, tratar e vigiar a doença. Era a doença que orientava a acção de enfermagem e que dava um sentido às tarefas a realizar. Os cuidados aos utentes passaram a ser a 'técnica' e depois, os 'cuidados técnicos' (Collière, 1999).

Em meados do século XX (final dos anos 1940 e anos 1950), são criados dois níveis de enfermagem: auxiliar de enfermagem (curso de 1 ano e condições de acesso a instrução primária) e enfermeiros (curso de 2 anos e condições de acesso pelo menos o 1º ciclo dos liceus, ou seja, o 6º ano escolaridade) (Pereira, 2008). É realizada uma nova reforma do ensino da Enfermagem, o Curso Geral de Enfermagem passou a ter três anos e as escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa (Nunes, 2003).

A década de 1960 caracterizou-se pela preocupação em organizar os princípios científicos que orientavam a prática de enfermagem[103]. Com estes princípios, alicerçados nas ciências exactas e também nas ciências sociais e humanas[104], procurou-se uma fundamentação para as técnicas de enfermagem. A formação dos enfermeiros ganhava uma importância relevante, tendo como objectivo a valorização do grupo profissional. Nesse âmbito, foi ocorrendo uma substituição dos saberes da prática pelo conhecimento científico, desvalorizando-se os saberes da experiência profissional. A teoria era ensinada na escola e a

[100] Na segunda metade do século XIX, uma série de movimentos conducentes à preparação dos enfermeiros começaram a tomar forma em alguns países da Europa e dos Estados Unidos. Dá-se o início da profissionalização em enfermagem e com ela desenvolve-se a formação. Florence Nightingale funda, em 1860, a primeira Escola de Enfermagem no Stº Thomas Hospital, em Londres.

[101] Aqui seguimos, de muito de perto, o texto de Marques (2002).

[102] Utilizando a definição de Malglaive (1995), os saberes-fazer são "actos humanos disponíveis em virtude de terem sido apreendidos (seja de que maneira for) e experimentados" (p. 80).

[103] Aqui seguimos, de muito de perto, o texto de Marques (2002).

[104] O desenvolvimento e consequente valorização das ciências sociais e humanas (psicologia e sociologia), permitiu o seu reconhecimento como saberes capazes de contribuírem para a prática de enfermagem.

prática, entendida como simples aplicação de conhecimentos, resumia-se a um momento em que o estudante devia demonstrar o que aprendeu. O ensino teórico de enfermagem começou a ser partilhado pelos próprios enfermeiros. Os médicos leccionavam cerca de 50% das aulas e os enfermeiros geriam o curso, orientavam os estágios e leccionavam as disciplinas de enfermagem (D'Espiney, 1999). Foi efectuada nova remodelação do ensino de enfermagem, decorrente de um grupo de trabalho, no qual fez parte a Enf.ª Mariana Diniz de Sousa (que viria a ser a primeira bastonária da Ordem dos Enfermeiros) (Nunes, 2003). O acesso ao Curso Geral de Enfermagem situava-se no 2º ciclo dos liceus (9º ano) enquanto para o curso de auxiliar de enfermagem, passou a ser obrigatório o 6º ano (Pereira, 2008).

Nesta década, surgiram os primeiros trabalhos escritos de enfermagem, de tipo pedagógico, destinados a melhorar o ensino das técnicas de cuidados, objecto de numerosos conflitos entre enfermeiros docentes que tinham dificuldades em trabalhar a partir de critérios e em simplificar as técnicas. Surgiram também diferentes trabalhos e estudos centrados na taylorização[105] dos cuidados com o objectivo de manter a organização e a coesão dos serviços de saúde, mas muito dificilmente sobre as situações vividas individualmente pelos utentes (Collière, 1999).

Na década seguinte, 1970, mais especificamente em 1975, a Enfermagem passa a ter um nível único de formação para a prestação de cuidados gerais de enfermagem e foram produzidas formas (os nomeados cursos de promoção) que possibilitassem os auxiliares ascenderem à categoria de enfermeiro (Pereira, 2008).

O período posterior, anos 1980, marcado pela reestruturação da economia europeia, e por uma rápida mudança tecnológica, sendo as novas tecnologias de informação o centro do novo paradigma técnico-económico, originou um acréscimo da competitividade ao nível empresarial, exigindo um novo conjunto de saberes e competências profissionais[106]. Em enfermagem, deu-se uma reformulação da carreira de enfermagem que unificou todo o exercício profissional pelos enfermeiros e definiu cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista. Foi ainda neste período que se deu início aos primeiros cursos de equiparação a especialista e apareceram três escolas Pós-Básicas que leccionavam cursos de especialização em Lisboa, Porto e Coimbra (Nunes, 2003).

[105] Apoiados nos pressupostos tayloristas, os objectivos das organizações são a produtividade e a eficiência. O trabalho organiza-se em torno das diferentes tarefas e procedimentos. Este sistema funcional de organização do trabalho é caracterizado por uma gestão individual, em que cada trabalhador especializa-se numa determinada tarefa para uma optimização da produção.

[106] Aqui seguimos, de muito de perto, o texto de Marques (2002).

Os novos modelos de produção[107], onde era cada vez mais difícil prever as evoluções futuras do trabalho, sugeriam uma valorização de competências não técnicas, mais adequadas à diversidade e à incerteza (Canário, 1999). A rápida obsolescência dos saberes obrigou a que os processos educativos apostassem, essencialmente, no desenvolvimento das metodologias de acesso ao saber, ou seja, dos instrumentos de compreensão que permitissem ao sujeito a (re)construção e (re)organização dos conhecimentos, de modo a que o indivíduo seja o principal responsável pela gestão do seu próprio percurso de aprendizagem (Perrenoud, 1999). Constatou-se que a formação estaria presente ao longo de toda a vida profissional do indivíduo e que o seu objectivo devia ser mais dirigido para o desenvolvimento de atitudes de autonomia, de adaptabilidade, de aprender a aprender, do que simplesmente, a elevação do nível de conhecimentos técnicos.

Após vários anos afastados do cenário educativo[108], o esforço dos enfermeiros em lutarem pelo reconhecimento do nível superior do seu ensino, foi corroborado pelas expectativas nacionais e europeias. O futuro do ensino de enfermagem no contexto europeu, não podia dissociar-se da análise da problemática sobre as questões específicas de saúde das populações dos países desenvolvidos. Dentro destas linhas orientadoras, Portugal em 1988, redefiniu as directrizes do ensino de enfermagem integrando-o no sistema educativo nacional, ao nível do ensino superior politécnico[109] (Marques, 2005). Medida que trouxe não só a possibilidade de recorrer a conhecimentos mais alargados e diferenciados para enriquecer a prática dos cuidados de enfermagem, mas também a concretização de um desejo antigo, o reconhecimento social acreditado.

O acesso a uma formação superior exigiu ao ensino de enfermagem a valorização das finalidades do ensino politécnico através de uma formação cultural e técnica e, essencialmente, através do desenvolvimento da capacidade de inovação e de análise crítica. Esta, segundo Collière (1999), surge do processo interrogativo que tal tipo de ensino suscita, incitando à argumentação e à investigação, contribuindo para uma formação de enfermeiros capazes de responder aos desafios profissionais e às novas necessidades sociais. A aquisição de uma formação superior permitiu elevar o ensino de enfermagem a outros níveis

[107] No nível empresarial, o modelo taylorista da organização científica do trabalho evoluiu para novos modelos de organização. Na sociedade em evolução, destaca-se ao nível empresarial uma modificação significativa, que se traduz nalguns fenómenos tais como: a descentralização e a desburocratização dos sistemas; a maior flexibilidade das formas de emprego, a diminuição dos níveis hierárquicos; o desenvolvimento de uma maior participação do pessoal e cooperação interfuncional e o aumento do espírito de equipa (Pires, 1994).

[108] O ensino de enfermagem foi criado e mantido, ao longo de um século, à margem do sistema educativo português, sendo reconhecido como curso técnico e sem atribuição de grau académico.

[109] Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro.

académicos, desde o Mestrado em Ciências de Enfermagem (1991), até ao Doutoramento em Ciências de Enfermagem (2001) [110]. Concomitantemente, a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional veio permitir a articulação entre o ensino universitário e o ensino politécnico, abrindo caminho aos professores de enfermagem para a frequência de mestrados e doutoramentos, em diversas áreas do saber. A incorporação no ensino superior veio permitir, aos enfermeiros:

> sair do espaço unidimensional do hospital-escola e libertar-se da uniformização dos modelos sociais que produzia, para descobrir a plurivalência de correntes de pensamento, a sua diversidade, a sua contradição, a sua oposição, bem como as diferentes opções sociais, económicas e políticas que lhes estão subjacentes (…) Ao mesmo tempo que beneficiavam do pensamento dos outros, as enfermeiras descobrem possibilidade de contribuírem, também elas para o enriquecimento da reflexão dos grupos de trabalho. (Collière, 1999; 197)

Ao nível da formação dos enfermeiros, passado dez anos sobre a sua integração no ensino superior, o curso de enfermagem passa a ter quatro anos e a conferir o grau de licenciatura (Pereira, 2008). A Ordem dos Enfermeiros (OE) criada em 1998, surge como forma de regulação e fiscalização do exercício profissional e como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Na análise que faz sobre o acesso à profissão passar a ser ao nível de licenciatura, refere:

> A criação, em 1999, do Curso de Licenciatura em Enfermagem a importante abrangência do objecto desse curso, veio permitir aos enfermeiros uma melhor qualificação, capacitando-os a assumir maior responsabilidade na prestação e gestão de cuidados e a uma maior autonomia nos seus percursos de desenvolvimento de competências. (OE, 2007, p. 20)

Razão pela qual, o intervalo de tempo que medeia a integração no ensino superior e a criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem (1988-1999) "é considerado por todos os que estudam este fenómeno como uma das fases mais ricas para a evolução da Enfermagem, até porque é aqui que ocorrem as respostas às principais expectativas dos enfermeiros, formuladas durante as décadas anteriores" (Amendoeira, 2009, p. 5).

O facto da formação em enfermagem ter passado a ensino superior não foi um facto isolado e outros tipos de formação[111] viram a sua formação ser reconhecida a esse nível[112]. Esta reforma das políticas educativas, passada não só em Portugal, mas também noutros

[110] O Mestrado em Ciências de Enfermagem teve início no ano lectivo de 1991/1992, na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, seguido, dois anos mais tarde, pelo Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar, no Porto. O Doutoramento em Ciências de Enfermagem, teve início no ano lectivo 2001/2002, no Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar, no Porto (Marques, 2002; Amendoeira, 2009).

[111] O Curso do Magistério Primário teve um percurso em vários aspectos semelhante ao do Curso de Enfermagem e foi um dos que também foi integrado no ensino superior.

[112] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2010).

países da Europa, tem sido designada, segundo Campos (2002), por 'universitarização' da formação. A expressão 'universitarização' caracteriza-se por uma academização da formação subsidiada, de acordo com Campos (2002), em cinco pilares, e que parecem estar presentes no ensino de enfermagem.

A primeira está relacionada com o facto da formação inicial "*passar a ser assegurada em instituições de ensino superior,* tendencialmente universitárias, e em cursos conducentes a um grau académico" (Campos, 2002, p. 64). A reforma educativa permitiu o reconhecimento da autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, assim como da personalidade jurídica [113], das escolas de enfermagem, agora denominadas de escolas superiores de enfermagem[114]. Para além do acesso a outros âmbitos do conhecimento, a formação superior teve no processo interrogativo, que o caracteriza, o incentivo à argumentação e à investigação, permitindo aos enfermeiros uma adaptação ao mundo do trabalho e às mudanças e, também, fornecer os meios para apreenderem a realidade e para que estes se afirmem no meio profissional.

Na selecção do subsistema[115] do ensino superior, a discussão iniciou-se previamente à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo português, ainda em 1980, surgindo duas correntes: uma que defendia a integração no politécnico, privilegiando uma formação mais profissionalizante; outra corrente que defendia a integração no ensino universitário como único capaz de dar respostas à consagração das finalidades do ensino de nível superior de promover o desenvolvimento do sentido científico e do pensamento reflexivo. Segundo a OE (2007) a "caracterização do ensino universitário coloca a enfermagem no seu seio, pelo que a Ordem dos Enfermeiros considera que a formação em Enfermagem deve evoluir para a sua plena integração no Ensino Universitário" (p. 17).

A diferenciação entre o ensino superior politécnico e universitário não ficou bem determinada. Se legislativamente ficou atribuído ao nível do ensino superior politécnico, houve uma certa ambiguidade com algumas escolas de enfermagem a terem sido integradas em instituições universitárias e outras consideradas não integradas, por não estarem ligadas a

[113] Artigo 2º do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro.

[114] A reconversão das escolas de enfermagem públicas em escolas superiores de enfermagem foi regulamentada pela Portaria n.º 821/89, de 15 de Setembro. As escolas particulares foram abrangidas pelo Estatuto do Ensino Superior Particular e Cooperativo sendo a sua reconversão concretizada, em termos legislativos, por Portaria própria para cada uma delas (Marques, 2002).

[115] Como está descrito na Lei n.º 62/2007, de 10 de Setembro (RJIES), no artigo 3º, "o ensino superior organiza-se num sistema binário, devendo o ensino universitário orientar-se para a oferta de formações científicas sólidas, juntando esforços e competências de unidades de ensino e investigação, e o ensino politécnico concentrar-se especialmente em formações vocacionais e em formações técnicas avançadas, orientadas profissionalmente" (p. 6359).

nenhum dos sub-sistemas. Presentemente (2014), após vários esforços para o ensino de enfermagem ser reconhecido como ensino superior universitário, novas directivas da tutela, parecem prever uma uniformização, mas pelo ensino superior politécnico. O que nos leva a concluir que este princípio apresentado por Campos (2002) parece ter sido em parte atingido, ou seja, a formação inicial de enfermagem passou a ser assegura em IES, mas não em instituições universitárias.

Uma segunda alteração assenta no "facto de as instituições de ensino superior terem passado a organizar cursos que garantem a *formação em todas as suas componentes* que a preparação para o exercício (…) exige" (Campos, 2002, p. 64). Aspecto relacionado com a profissionalização da profissão de enfermagem assegurando a qualificação profissional, directamente certificada pelas instituições de ensino superior. A formação de nível superior teve um papel na legitimação e institucionalização do conhecimento em enfermagem, funcionando a profissão, o saber e a formação superior como sistemas de controlo e autoridade (Amendoeira, 2008). Pela diferenciação do sistema bipartidário do ensino superior e das suas atribuições relativamente ao 2º e 3º ciclo de formação[116], estes são realizados em subsistemas diferentes. Com efeito, existe a hipótese de realização de dois tipos de 2º ciclo: um na universidade, que dá continuidade nos cenários anteriores a um modelo de mestrado académico; outro, no ensino politécnico com características de orientação profissionalizante, mas ambos numa lógica da especialização do conhecimento (Amendoeira, 2009). Quanto ao 3º ciclo, ele só é possível de ser realizado na universidade, pela orientação destas instituições para a investigação. Embora a formação seja realizada em IES de diferentes subsistemas, tal facto sugere que este princípio de academização (Campos, 2002) está presente na formação de enfermagem, uma vez que são nas instituições de ensino superior que se tem desenvolvido o ensino de enfermagem.

Um terceiro aspecto da academização ocorreu pela *unificação da formação* e de graus académicos (Campos, 2002). A integração no sistema educativo nacional permitiu, aos enfermeiros, o acesso a todos os níveis académicos. O Curso Superior de Enfermagem passou a conferir o grau de bacharel em enfermagem, além do título profissional de enfermeiro. A frequência de um Curso de Estudos Superiores Especializados passou a conferir aos enfermeiros o grau de licenciado em enfermagem[117]. Posteriormente, em 1999, a formação

[116] Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior (Decreto-Lei nº 74/2006, de 24 de Março).
[117] Foi também tornado possível a todos os enfermeiros a obtenção do grau de bacharel ou do grau de licenciado, através de um processo de equiparação e de complemento de formação (Artigo 10º do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro).

inicial de enfermagem foi reconhecida como Curso de Licenciatura em Enfermagem e a conferir o grau de licenciado, que se mantém até à actualidade. Pelo que aconteceu na formação de enfermagem onde, a partir de 1999, todos os cursos de qualificação profissional são cursos conducentes à licenciatura parece estar presente a unificação da formação e de graus académicos.

Como quarto factor de mudança houve um *alargamento da duração dos cursos*, com predomínio de uma melhor preparação científica e da aprendizagem em contextos da prática. (Campos, 2002). A evolução do ensino de enfermagem traduziu-se no aumento da duração da formação passando de três anos do Curso de Bacharelato para quatro no Curso de Licenciatura em Enfermagem, como forma de permitir as condições de formação de enfermeiros necessárias para o exercício autónomo da profissão. As competências [118] cognitivas, instrumentais e sócio-relacionais prescritas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (ver anexo II) e baseadas no quadro do International Council of Nurses (ICN), foram um dos elementos da reforma que reorganizou a formação em enfermagem, em 1999, através do Decreto-Lei 353/99, criando o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Por esse motivo, a formação inicial de enfermagem parece obedecer a estes princípios de academização.

Por fim, a academização representa, "um *afastamento da administração pública da educação relativamente à responsabilidade directa* na formação" (Campos, 2002, p. 65). Nas últimas duas décadas assistiu-se a implementação de políticas descentralizadoras, afastando-se o Estado do planeamento directo e da gestão, mas mantendo ou reforçando o papel de regulador do sistema. Em enfermagem, um dos grandes desafios tornou-se no facto de ser reconhecida a autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, bem como a de personalidade jurídica das escolas de enfermagem, renomeadas de escolas superiores de enfermagem. Actualmente, com o RJIES [119] às instituições de ensino superior públicas é também concedida autonomia estatutária, cultural, patrimonial e disciplinar face ao Estado. Os possíveis ganhos de autonomia implicam uma reformulação das formas de organização das instituições, convertidos para novos estatutos elaborados já de acordo com o novo quadro legal. Tais mudanças sugerem uma correspondência ao último princípio com que Campos (2002) caracteriza a academização da formação.

[118] As competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003) são compostas por 96 competências distribuídas por vários domínios, sendo: A) Prática profissional, ética e legal; B) Prestação e gestão de cuidados; C)Desenvolvimento profissional.

[119] Regime Jurídico das Instituições do Ensino Superior (Lei n.º 62/2007, de 10 de Setembro).

Quando uma formação passa a ser assegurada por um curso de nível académico superior, como na Enfermagem, na perspectiva de Campos (2005) podem ocorrer dois fenómenos. Por um lado, embora a formação adquira um nível superior, não proporciona a qualificação necessitada. Por outro, a formação pode continuar a garantir qualificação profissional, sem obter nível académico superior, apenas passar a conceder grau académico desse nível. Daí, como refere o autor, a premência de que "a formação assegure, simultaneamente o nível académico correspondente àquele grau e a qualificação profissional correspondente ao respectivo nível profissional" (Campos, 2005, p. 38). Tal deve-se a um objectivo de passagem de formação profissional para o ensino superior para além da elevação do estatuto e social e económico, assente na mudança da natureza da qualificação e do exercício, como plena efectivação dessa reforma educativa.

Os critérios apresentados por Campos (2002) sugerem que o ensino superior de enfermagem consegue corresponder em quase todos eles. Assim, parece que foram criadas algumas expectativas do ensino superior de enfermagem se situar ao nível do ensino superior universitário, embora tal não se tenha concretizado até ao momento presente (2014). Antes pelo contrário, em Maio deste ano, o Ministério da Educação e Ciência (MEC), define nas suas linhas de orientação estratégica, uma possível integração nos institutos politécnicos, no âmbito da reforma da rede do ensino superior, incluindo também as consideradas como não integradas.

Tendo em conta o desenvolvimento que o ensino de enfermagem teve ao longo das três últimas décadas, e consequentemente, o reconhecimento que a Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento tem vindo a granjear (Abreu, 2008; Amendoeira, 2006a, 2008, 2009; Basto, 2009; OE, 2008), parece cada vez mais longínquo o reconhecimento como ensino superior universitário. Como que 'o que se deu com uma mão fosse tirada com outra', em que a integração no ensino superior e a expectativa de elevação ao ensino universitário fosse agora anulada. Será que nunca houve vontade política de fazer corresponder o ensino de enfermagem ao ensino universitário? Terá a Enfermagem conseguido realmente afirmar-se neste mundo global, como uma área imprescindível para a melhoria da saúde dos cidadãos? Será esta hipótese de 'arrumação' do ensino de enfermagem exclusivamente económica? Que implicação terá esta assumpção para a autonomia do conhecimento em enfermagem?

3.2 – Bolonha: novo rumo para o ensino superior de enfermagem[120]?

A par do progresso europeu verificado nos últimos anos, tornou-se necessário edificar uma Europa, não só ao nível da economia, mas também a nível da construção da Europa do conhecimento. Nesta reconstrução dever-se-á incidir nas dimensões intelectuais, culturais, sociais e técnicas do continente europeu. As universidades europeias[121], pela sua importância ao longo dos séculos, foram sendo o motor da disseminação do conhecimento, através de uma mobilidade e de uma cooperação mais próximas entre si. Numa visão crítica do sistema, mas com uma perspectiva de construção, Torres (2003), refere que "as universidades, enquanto instituições historicamente constituídas e povoadas por intelectuais e não apenas por tecnocratas, têm um papel a desempenhar no desenvolvimento de modelos críticos de pensar a sociedade" (p. 134).

Considerando a importância da dimensão social do Processo de Bolonha, salientou-se a necessidade de aumentar a competitividade, harmonizando-a com o objectivo de melhorar as características sociais do espaço europeu do ensino superior, referindo-se o reforço da coesão social e a redução das desigualdades sociais, a nível nacional e a nível europeu[122]. Pretendeu-se, além de preservar a riqueza cultural e a multiplicidade linguística da Europa, baseadas na herança diversificada de tradições, potencializar igualmente a inovação e o desenvolvimento socioeconómico, através da crescente cooperação entre as instituições europeias de ensino superior.

Quanto à educação superior, na área da saúde, e atendendo às especificidades que cada área disciplinar deve manter na adequação do Processo de Bolonha, esta deveria manter os pressupostos do ensino superior e habilitar para o desenvolvimento do conhecimento nas práticas profissionais resultantes de cada área disciplinar. O objectivo seria preservar a formação para o exercício autónomo das profissões (OE, 2007a).

O plano de aplicação do Processo de Bolonha implicou um leque articulado de medidas de reestruturação do sistema de ensino superior português, e consequentemente do ensino de enfermagem. As preocupações situavam-se na adequação do Processo de Bolonha garantindo que a formação em enfermagem, especificamente no que se referia ao

[120] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2010).
[121] "O termo «universidades» abrange todos os estabelecimentos de ensino superior, incluindo, por exemplo, as «Fachhochschulen», as «Polytechnics» e as «Grandes Écoles»" (Comissão das Comunidades Europeias, 2003, p. 2).
[122] O objectivo consistia em "tornar a Europa, até 2010, o espaço económico mais dinâmico e competitivo do mundo, baseado no conhecimento e capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos e coesão social" (Decreto-Lei n.º 42/2005).

enquadramento da formação inicial, assegurasse a aquisição de competências para uma prática de enfermagem autónoma no contexto abrangente das profissões de saúde (OE, 2005). Como defende Amendoeira (2009):

> Somos confrontados nesta transição com a necessidade de construir a convergência em torno de um Espaço Europeu de Educação Superior, a partir de premissas como: a competitividade; a mobilidade; a internacionalização; a harmonização, emergindo um paradigma em que o Modelo de Formação em Enfermagem não é tanto objecto, mas antes sujeito de mudança a partir da ênfase nos saberes e competências, a desenvolver a partir da existência de uma disciplina de enfermagem. (p. 5)

Assim, o Ministério da Ciência e do Ensino Superior (MCES)[123], em 2004, nomeou 23 coordenadores por áreas de conhecimento para elaborarem uma caracterização geral dos cursos e proporem o cenário para a organização dos perfis e competências de formação mais adequada a cada uma das áreas de conhecimento. A coordenação na área de Enfermagem esteve a cargo da Prof.ª Luísa D'Espiney[124], da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, de Lisboa, cujo grupo de trabalho[125] produziu o parecer solicitado.

Concomitantemente, o Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos (CCISP) [126] nomeou grupos de trabalho por áreas de conhecimento, igualmente com o objectivo de apresentarem a composição dos perfis e competências de formação, bem como a estrutura e duração dos ciclos de formação. O Grupo de Trabalho para a Enfermagem foi constituído por três docentes[127] que elaboraram o parecer requerido.

A existência de dois grupos com objectivos semelhantes para todas as áreas de conhecimento sugere, à partida, uma regulação mútua dando visibilidade às diferenças existentes entre os dois níveis de ensino superior. As questões emergentes em redor da "reconfiguração dos cursos de formação inicial de enfermeiros à luz do Processo de Bolonha estão longe de ser consensuais e suscitam controvérsias que, não questionando a formação dos enfermeiros ao nível superior, fazem realçar diferentes perspectivas na articulação do sistema profissional com o sistema de formação" (Pereira, 2008, p. 169).

[123] Designação, à altura, do ministério responsável pelo ensino superior.
[124] Despacho n.º 13 766/2004, de 13 de Julho.
[125] Grupo de trabalho coordenado pela Prof.ª Luísa D'Espiney e constituído pelo Prof. Abel Paiva, da Escola Superior de Enfermagem de S. João, do Porto; pela Prof.ª Ana Natividade, da Escola Superior de Enfermagem da Madeira; pela Prof.ª Maria do Céu Barbieri de Figueiredo, da Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto e pela Prof.ª Maria da Conceição Bento, da Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto, de Coimbra.
[126] Órgão de representação conjunta dos estabelecimentos públicos de ensino superior politécnico, organização a que pertencem a maioria das instituições de ensino de enfermagem.
[127] Prof.ª Teresa Silva Santos, da Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, de Lisboa; da Prof.ª Maria Emília Duarte, da Escola Superior de Enfermagem Dr. Lopes Dias/ Instituto Politécnico de Castelo Branco e do Prof. Carlos Lousada Subtil, da Escola Superior de Enfermagem/Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Ambos os grupos tinham como preocupação central, no âmbito do Processo de Bolonha, repensar a profissão e o sistema de formação em enfermagem[128], equacionando o seu futuro na estrutura profissional. Os alvos seleccionados foram os docentes de enfermagem/escolas de enfermagem, a OE e, no caso do grupo do MCES, a Federação Nacional dos Estudantes de Enfermagem. Utilizaram como metodologia de trabalho duas rondas de «workshop»/ciclos de debates a nível regional, encontros entre os dois grupos conceptores do parecer e finalizaram com um Fórum Nacional organizado em conjunto pelo grupo do CCISP, pelo grupo do MCES e pela OE. Em ambos os relatórios, os professores responsáveis, sugerem a necessidade da continuação do debate sobre a definição da profissão de enfermagem e sua formação, encarando estes como uma primeira visão sobre a questão.

Os pareceres que ambos os grupos emitiram encontram-se ancorados no perfil de competências definido pela OE (2003) e por um conjunto de normativos legais[129] baseados em directivas europeias que estruturam o sistema de formação em enfermagem.

Na análise comparativa dos dois pareceres sobre a área científica de enfermagem e sobre as competências académicas e profissionais do 1º ciclo, ambos apresentam a mesma fundamentação, divergindo entre a localização das mesmas. O enfoque encontra-se na promoção da saúde, e não na doença em si, abrangendo objectivos como a "prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social" (OE, 2003, p. 8). A intervenção de enfermagem surge alicerçada na resposta humana às questões da saúde/doença, ao longo do ciclo de vida e na procura de máxima independência dos indivíduos, famílias e grupos, nos cuidados de saúde. O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional e no desempenho da sua actividade contribuem, para além da área clínica, "na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria" (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE, 1996)[130]. A valorização do papel da investigação na melhoria e na evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, por ambos os grupos, reforça a premência do seu desenvolvimento na formação em enfermagem, ao nível do 1º ciclo.

[128]A explanação dos pareceres abrangeu os 3 ciclos de formação, no entanto, pelo âmbito da nossa investigação só foi analisado o 1º ciclo.

[129] Tais como o "Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros" (REPE), o "Framework of Competencies for the Generalist Nurses" e o "Code of Ethics for Nurse", do International Council of Nurses (ICN).

[130] Art. 9º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro que aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

A evolução do ensino de enfermagem, integrado no sistema educativo nacional, tinha-se traduzido, há cinco anos, no aumento da duração da formação passando de três anos do Curso de Bacharelato para quatro no Curso de Licenciatura em Enfermagem, como forma de permitir as condições de formação necessárias para o exercício autónomo da profissão. Em nenhum dos pareceres se questiona a necessidade de manter este número como imprescindível para fazer face ao perfil de competências definido pela OE. As recomendações europeias[131] sugeriam que a duração do 1º ciclo seja de quatro anos, tempo mínimo para que a formação requeira dos jovens estudantes, pela natureza da sua acção de cuidar dos outros, uma maturidade, uma consciência crítica, ética e profissional, bem como a capacidade de assumir responsabilidades em termos de cuidados de saúde que um tempo de formação curto não permite desenvolver (D'Espiney, 2004, p.20).

Simultaneamente, como assegura o Trends III[132], há uma forte tendência na Europa para a atribuição de 180 unidades de ECTS[133] (3 anos) ao primeiro ciclo, como medida de desenvolver a qualidade académica e promover a empregabilidade dos graduados. O prolongamento dos actuais graus de três anos para quatro é atractiva para as instituições formativas, embora cause alguns constrangimentos no mercado de trabalho, onde os graus curtos tinham grande aceitação. Os antigos cursos (3 anos) são prolongados com a aprovação das instituições escolares que vêem desse modo aumentado o seu número de alunos numa época de forte diminuição demográfica. Evita-se, desta forma, que a reforma de Bolonha seja aproveitada para uma grande racionalização do sistema organizativo e actualização dos modelos de aprendizagem (Gomes, 2003b).

O quadro geral resultante das orientações da tutela para a estruturação das várias áreas do conhecimento na implementação do Processo de Bolonha, previu como medida de excepção para algumas áreas que "muito excepcionalmente, quando as directivas europeias e/ou a correspondente prática assim o justifiquem, no sentido do exercício pleno da profissão, poderão adoptar-se estruturas de cursos de primeiro ciclo de 8 semestres" (Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior[134]). A proposta dos dois grupos na área de enfermagem

[131] As competências cognitivas, instrumentais e sócio relacionais prescritas pela OE e legitimadas no quadro do ICN estiveram na base da reforma que reorganizou a formação em enfermagem, em 1999, através do Decreto-Lei 353/99, criando o Curso de Licenciatura em Enfermagem, com a duração de quatro anos.

[132]TRENDS 2003: Progress towards the Higher Education Area" (p. 64), disponível em: http://goo.gl/BtGQ4U.

[133] European Credit Transfer and Accumulation System, ou seja, Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos.

[134] Harmonização de estruturas de formação no âmbito do processo de Bolonha, Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior, diponível em:

surgiu desta forma, sem discrepâncias quanto à duração e sistemas de créditos, com 8 semestres e 240 ECTS, respectivamente[135]. Segundo Amendoeira (2009), foi tomada a única decisão possível, tendo em conta o enquadramento legal, o percurso histórico da construção da disciplina e da profissão, bem como a autonomia científica e pedagógica da formação. Durante este processo de caracterização da formação em enfermagem, houve a preocupação de prevenir que a adequação ao Processo de Bolonha, não ocasionasse algum retrocesso referente ao estádio atingido de enquadramento da formação inicial (OE, 2007a).

A determinação de uma estrutura curricular de acordo com as exigências de Bolonha colocou desafios que ultrapassaram a definição dos ciclos de formação, nomeadamente no que concerne à necessidade de preparar novos currículos [136] e reformular estratégias pedagógicas[137]. No ensino, em geral, e na Enfermagem em particular, a contabilização das horas curriculares a efectuar tem sido analisada em termos de horas de contacto directo com o estudante, uma vez que a transmissão de informação foi, durante muito tempo, o foco da formação.

Com base no Decreto-Lei 42/2005 [138], os créditos a atribuir tiveram que ser calculados em termos do trabalho efectivo do estudante, incluindo todas as formas de trabalho previstas, desde as horas de contacto, ao trabalho autónomo do estudante. O tempo despendido na formação deixou de ser contabilizado pelo conjunto de sessões lectivas orientadas pelo docente e passou a ser pelo trabalho do estudante. No total de cada ano lectivo, a carga horária passou a incluir o tempo de trabalho despendido pelo estudante na formação, quer em sessões lectivas, quer em estágio, em trabalho autónomo ou em avaliações.

Exigiu-se uma mudança no papel do docente e o estudante confrontou-se com a necessidade de assumir uma atitude mais activa perante a aprendizagem. Para os docentes, a formação é a criação de situações de aprendizagem, preferencialmente num modelo tutorial, mais do que a transmissão de conhecimentos. É necessário que essas situações permitam a autonomia, a tomada de decisão, o pensamento crítico e o assumir de responsabilidades. As

http://www.portugal.gov.pt/pt/GC16/Governo/Ministerios/MCIES/Documentos/Pages/20040925_MCIES_Com_Bolonha.aspx

[135] De acordo com as normas europeias, cada ano lectivo equivale a 60 ECTS, daí que para os 4 anos lectivos do Curso de Licenciatura em Enfermagem o total seja os 240 ECTS apresentados.

[136] A palavra currículo de origem latina «currere», significa caminho, jornada, percurso, corrida, acto de correr, o modo ou forma de fazê-lo (Silva & Pacheco, 2005; Pacheco, 2011). Por currículo entende-se o conteúdo de aprendizagem que estrutura e molda o sistema educativo, determinando a selecção e organização do conhecimento, bem como os percursos de aprendizagem dos estudantes em contexto de educação formal, não formal e informal (Pacheco, 2009a).

[137] Considera-se como estratégias pedagógicas as "actividades docentes realizadas num contexto de comunicação interpessoal" (Gimeno Sacristán, 1991, p. 73).

[138] Artigo 5, alinea b).

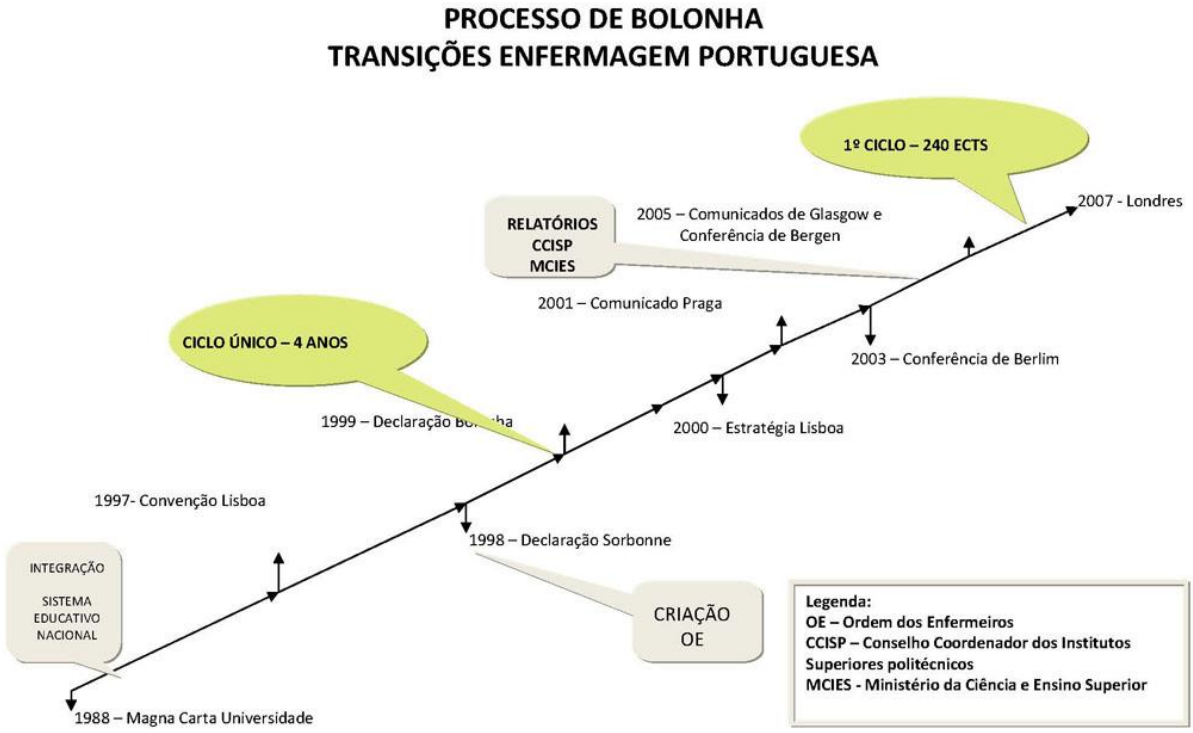
avaliações formativas, a metodologia de aprendizagem por problemas, recomendada por Bolonha, emergiram como uma estratégia a implementar (D'Espiney, 2004).

Com base em várias questões importantes que emergiram deste processo de adequação, tais como a definição de licenciado e dos descritores dos diferentes graus previstos, a OE (2007), sugere que a referencialidade europeia, quanto à estrutura de ciclos e graus não é comparável com os descritores do 1º ciclo, mas sim com os de 2º ciclo para a formação inicial de enfermagem. Mais especificamente, e considerando o desenvolvimento de um Quadro Europeu de Qualificações resultante do Processo de Bolonha, a OE (2007) faz uma análise comparativa entre as competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE), os descritores do 2º ciclo (RJIES) e os níveis de qualificação (QEQ), parecendo defender uma adequação ao nível 7 (mestrado)[139]. Dessa forma, prevê-se o reconhecimento da categoria profissional apenas aos enfermeiros que finalizem o 2º ciclo de formação, quais as competências dos enfermeiros licenciados? Serão os enfermeiros licenciados uma inovação? Se os enfermeiros licenciados não estão autorizados a exercer enfermagem poderão exercer outras funções muito próximas, condicionando o aparecimento de nova classe profissional e consequentemente, um novo tipo de competências para enfermagem? (Fronteira, Conceição & Biscaia, 2008).

Em jeito de síntese sobre esta etapa do Processo de Bolonha, de estruturação do EEES (Robertson, 2010), e adoptando a esquematização que Amendoeira (2009) desenvolveu, os factos sociais ocorridos no passado recente (ilustração 2) possibilitam situar o ensino de enfermagem no contexto nacional, e olhá-lo numa visão mais ampla de criação do Espaço Europeu de Ensino Superior, através das políticas nacionais e europeias de educação.

[139] Sobre os níveis de qualificação do Quadro Europeu de Qualificações ver pág. 58 deste estudo.

Ilustração 2 – O Processo de Bolonha e os estádios de transição do ensino de enfermagem em Portugal a partir da década de 90, segundo Amendoeira



Fonte: reproduzido de Amendoeira, 2009, p. 5

Mais recentemente, e na defesa do desenvolvimento do ensino e da profissão de enfermagem e na aquisição das finalidades do Processo de Bolonha, a OE (2008) defendeu no seu 'Plano Estratégico para o Ensino de Enfermagem 2008-2012', algumas medidas a implementar:

> Acompanhamento e reflexão quanto à estruturação curricular do ensino de Enfermagem, no sentido de assegurar uma sólida formação humanística e científica, global e disciplinar, capaz de acompanhar/antecipar as complexas realidades e perspectivas de evolução científica e tecnológica, no domínio da saúde e da Enfermagem (…) Promoção de reflexão sobre as práticas de desenvolvimento curricular em Saúde e Enfermagem, tendente a acompanhar a reforma no plano pedagógico e a optimizar a aprendizagem ao longo da vida. (p. 9)

Melhorar a qualidade académica e a empregabilidade dos graduados são as duas motivações mais frequentemente apontadas para o Processo de Bolonha. Na concretização de tais objectivos estratégicos, a cooperação entre as IES e a OE tem sido de extrema importância, e a própria OE (2008) reforça o trabalho desenvolvido em conjunto sobre as implicações do Processo de Bolonha na Enfermagem. Contudo, as questões de formação, enquanto domínio do ensino e do exercício profissional, têm englobado os enfermeiros das

diferentes áreas de intervenção (cuidados hospitalares, cuidados de saúde primários e docência) numa partilha e construção conjunta de referenciais (OE, 2008).

Nos quinze anos de existência do Processo de Bolonha, este traduziu-se, principalmente, em reformas estruturais do ensino superior. Na próxima etapa 2020[140], o foco das atenções recai sobre o próprio processo de aprendizagem, centrado no estudante e com uma abordagem disciplinar mais esbatida, entre outras prioridades[141]. A aprendizagem centrada no estudante exige novas abordagens pedagógicas e curriculares evidenciando o estudante num processo contínuo e adaptado individualmente, numa flexibilidade que promova uma educação superior de qualidade (European Commission/Education, Audiovisual and Culture Executive Agency [EACEA], 2014). A abordagem disciplinar esbatida, ou como refere Perrenoud (1999), uma menor compartimentação disciplinar, não sujeita os estudantes a uma morna sopa interdisciplinar, mas pode permitir uma ou mais ancoragens disciplinares com uma intensa reflexão epistemológica e conseguir conduzir projectos de acção sem se desviar do projecto de formação preconizado pela escola. Saberão os docentes acompanhar esta formação disciplinar e epistemológica mais apurada? Conseguiram entender e valorizar as transversalidades potenciais dos programas e das actividades pedagógicas? Discutirão com os outros docentes para além da sua especialização, problemas de métodos, de epistemologia, de relação com o saber e com a investigação?

O designado 'Processo de Bolonha' foi (e é) um eixo importante de uma enfermagem virada para o futuro, como defende Abreu (2008) pela constituição de redes de saberes e de experiências. As políticas europeias, as organizações, os contextos de cuidados e as circunstâncias de exercício profissional estão em permanente transformação. Dai, segundo o autor:

> a constituição de grupos de trabalhos, associações de unidades de investigação ou mesmo mobilidade de profissionais e de alunos são uma mais-valia para o aprofundamento do conhecimento profissional. Ao problematizar dezenas de realidades distintas na área da saúde, doença e assistência, equacionadas por pessoas com olhares distintos (…), pode contribuir-se de forma deliberada para disseminar e triangular evidências de investigação e boas práticas a nível da formação e dos cuidados de saúde. (Abreu, 2008, p. 259-260)

[140] Em 28 e 29 de Abril de 2009, na cidade Lovaina, ocorreu a 6ª Conferência Ministerial sobre Processo de Bolonha em que se apresentaram as prioridades para 2020. Informação disponível em: http://goo.gl/u5SaeJ

[141] Globalmente, as prioridades para 2020 foram definidas nas seguintes áreas: dimensão social (igualdade de acesso e conclusão); aprendizagem ao longo da vida; empregabilidade; aprendizagem centrada no estudante e a missão de ensino da Educação superior; educação, investigação e inovação; abertura internacional; mobilidade; monitorização de dados; instrumentos de transparência multidimensional; e financiamento. Informação disponível em: http://goo.gl/u5SaeJ

Mas o Processo de Bolonha representa também riscos indiscutíveis para as instituições do ensino superior, como todos os procedimentos que envolvam competitividade e comparação[142]. O desafio está em converter os riscos em mudanças efectivas "que funcionem como enzimas das necessárias reformas educacionais e sociais endógenas" (Teodoro, 2005, p. 40). O que para o ensino de enfermagem se centra na garantia social de que ao exercício de enfermagem, no sector público e privado, acedam profissionais com preparação adequada às exigências do desempenho como profissionais de enfermagem.

4 – Que Enfermeiros decisores se Formam para o Século XXI?

A influência da globalização no campo da saúde está relacionada com o designado processo de integração europeia, e o seu papel na elaboração das políticas de saúde. As reformas de saúde seguindo os princípios neoliberais exigiram alterações no planeamento do mercado de trabalho (Fronteira *et al*, 2008)[143]. Evidenciou-se uma mudança de papéis do Estado deixando de assegurar uma gestão central na saúde para fomentar uma responsabilidade partilhada por agentes públicos, privados e sociais, e tomando uma função reguladora e supervisora (Simões, 2004; Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2013).

Para fazer face a este conjunto de circunstâncias, a Enfermagem viu-se obrigada a mudar a estratégia de abordagem dos utentes passando por uma redefinição de papéis e competências. O enfoque está agora na parceria dos cuidados com o utente, auxiliando-o a gerir a sua saúde. Os sistemas de saúde devem desfrutar de uma maior participação dos utentes que passam a assumir uma maior responsabilidade pela gestão da sua saúde e dos cuidados que necessitam (Abreu, 2008). A maioria dos cuidados deve ser prestada em contiguidade (cuidados primários de saúde, cuidados continuados integrados, cuidados paliativos, entre outros) e com uma intensa articulação entre os diferentes locais de prestação de cuidados (Simões, 2004).

É indispensável para a concretização da Enfermagem como ciência, que se demonstre a capacidade de tomar decisões e prescrever acções de enfermagem através das quais ocorram respostas específicas da pessoa cuidada. Na complexidade que constitui os cuidados de enfermagem ao utente (pessoa, família, comunidade), a tomada de decisão e o

[142] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2009).
[143] Aqui seguimos, de muito perto, o texto que elaboramos para uma entrevista escrita, como participante no estudo desenvolvido por Silva (2012).

julgamento clínico devem traduzir uma ruptura com paradigmas anteriores e criar novos modelos de uma prática baseada na evidência (Amendoeira, 2006b). Para tal, o modelo de formação deve ser norteado por uma vertente humanista em interdependência com a dimensão tecnológica, legitimando a autonomia da tomada de decisão do enfermeiro, em cada situação (Amendoeira, 2008).

Procurando compreender como a formação em enfermagem projecta "o desenvolvimento dos estudantes a níveis cada vez mais elevados, capacitando-os a participarem activamente numa sociedade complexa, em constantes mudanças, assumindo rupturas com o instituído e acompanhando um mundo em constantes transições" (Godinho & Amendoeira, 2012, p. 3), norteou a nossa pesquisa, como descrevemos seguidamente.

4.1 – Que tomada de decisão se ensina?

A complexidade e o dinamismo do mundo actual têm delineado cenários cada vez mais incertos, instáveis e agitados, pondo constantemente à prova a capacidade de tomada de decisão dos indivíduos. Reflexo de um mundo globalizado onde os progressos tecnológicos se traduzem, além de outros aspectos, numa rápida e mutante informação, exigindo que se tome decisões ajustáveis, eficazes e eficientes.

A tomada de decisão pode ser apreciada como uma função cognitiva essencial para uma interacção adequada da pessoa com o seu contexto social. Nesta escolha racional do processo de tomada de decisão, espera-se que um indivíduo, quando submetido a um processo de escolha entre várias alternativas, seleccione a que lhe proporciona a maior satisfação possível, ou a combinação que tenda no melhor resultado. Na perspectiva de Damásio (2009), o processo de decisão implica que a pessoa tenha conhecimento da situação que exige determinada decisão, das diferentes hipóteses de acção (respostas) e das consequências de cada uma dessas acções (resultados) imediatas e futuras.

Herbert Simon foi o precursor da investigação sobre o processo de tomada de decisão, com os primeiros estudos nos meados do século XX. Se a premissa partiu da sua perspectiva de economista [144], ela foi completada com uma visão mais alargada que denominou de 'os limites da racionalidade' (Simon *et al*., 1986). Com base no seu modelo, as decisões tomadas são diferentes das escolhas que seriam economicamente perfeitas, influenciadas por vários factores, tais como as alternativas disponíveis ou as consequências envolvidas, entre outras. Assim, não é possível predizer o comportamento humano pela

[144] Herbert Simon foi galardoado com o Prémio Nobel da Economia, em 1978.

montagem dos modelos abstractos do que é racional da estrutura comportamental. O desconhecimento da quantidade de informação presente na mente da pessoa aquando da decisão, a influência dos interesses pessoais no cálculo, tornava difícil, senão impossível, conhecer e considerar todos os aspectos que seriam relevantes para a decisão a ser tomada e resumi-la a um processo unicamente racional.

Além da capacidade de raciocínio e de decisão, a pessoa que toma a decisão necessita de estratégias lógicas para conseguir inferir uma resposta adequada, auxiliada por mecanismos de raciocínio, tais como memória e atenção. Esta racionalidade será tanto mais eficaz quanto mais longe se colocar as emoções (Marquis & Huston, 2012). Contudo, Damásio (2009) ao defender no seu modelo teórico a Hipótese do Marcador Somático[145], acrescenta a emoção[146] e os sentimentos[147] como participantes importantes na tomada de decisão. Os marcadores-somáticos não tomam decisões pelas pessoas, coadjuvam o processo de decisão salientando algumas opções, tanto desfavoráveis como benéficas e eliminando-as rapidamente da análise seguinte. Não obstante a componente racional, a emoção e o sentimento actuam no raciocínio e essa intervenção é geralmente benéfica. O estímulo emocional pode actuar fora do radar da consciência, produzir alterações da memória, da atenção e do raciocínio de modo que os mecanismos de decisão sejam influenciados no sentido de preferir a escolha que levará ao melhor dos efeitos dado a experiência anterior. A pessoa que realiza uma determinada escolha pode não ter consciência deste cálculo oculto. Acaba por intuir uma decisão e pô-la em prática, de um modo célere e eficiente, sem se dar conta das etapas intercalares (Damásio, 2004).

Quando somos colocados perante uma situação que exige uma decisão, segundo Damásio (2004), ela é efectuada a partir de duas vias complementares (ilustração 3). A via A

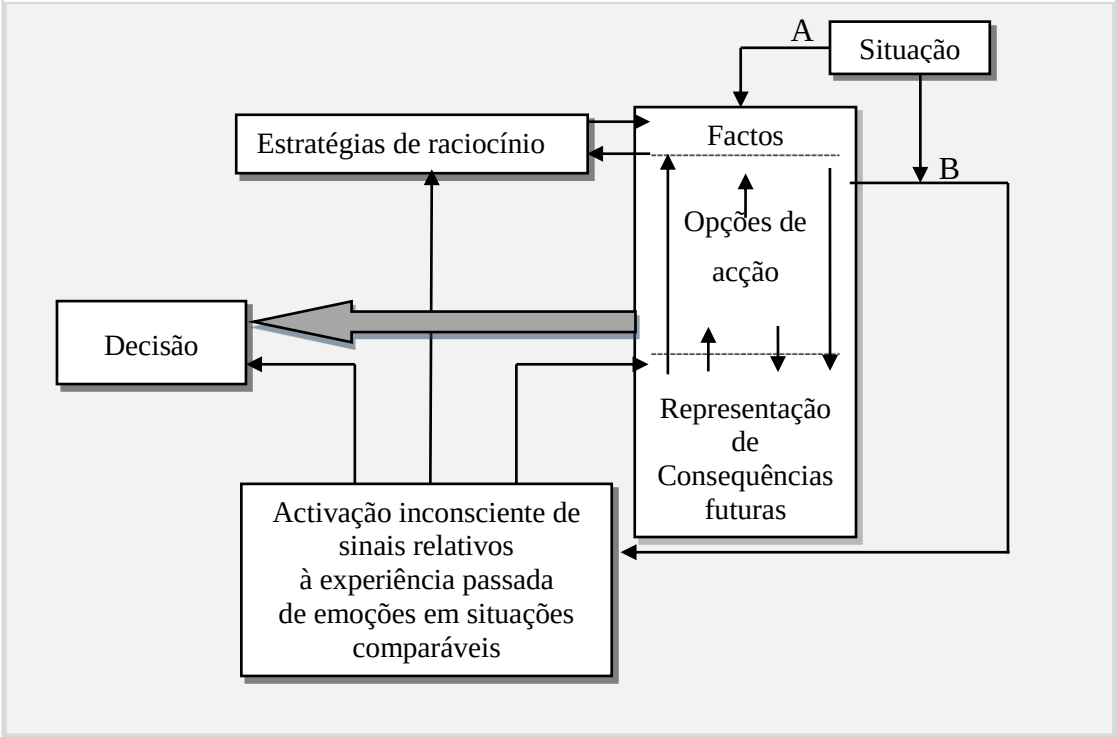
[145] De acordo com Damásio (2009) numa situação que exige uma escolha, além dos elementos chaves da situação que surgem na mente de forma organizada, há uma análise que deve ser feita, sob forma de raciocínio, para a resolução do problema. Quando ocorre um resultado adverso associado a uma certa opção de resposta, por mais rápida que seja, sente-se uma sensação visceral incómoda. "Como a sensação é corporal, atribuí ao fenómeno o termo técnico de estado 'somático' (em grego, «soma» quer dizer corpo); e, porque o estado 'marca' uma imagem, chamo-lhe 'marcador' (...) Os marcadores-somáticos são um caso especial do uso de sentimentos que foram criados a partir de emoções secundárias. Estas emoções e sentimentos foram ligados, por via da aprendizagem, a certos tipos de resultados futuros ligados a determinados cenários. Quando um marcador-somático negativo é justaposto a um determinado resultado futuro, a combinação funciona como uma campainha de alarme. Quando, ao invés, é justaposto um marcador-somático positivo, o resultado é um incentivo" (Damásio, 2009, p. 185-6).

[146] Uma colecção de respostas químicas e neurais que formam um padrão distinto. O resultado imediato destas respostas é uma alteração temporária do estado do corpo e do estado das estruturas cerebrais que mapeiam o corpo e suportam o pensamento (expressão pública) (Damásio, 2004).

[147] São a manifestação do florescimento humano ou do sofrimento humano, na mente e no corpo. Os sentimentos são mais do que um adorno das emoções, algo que se possa preservar ou deitar fora. Os sentimentos geralmente são revelações da vida dentro do organismo (expressão privada) (Damásio, 2004).

que pondera opções de acção e antecipação de resultados futuros através de estratégias de raciocínio, e a via B que em paralelo, activa experiências emocionais anteriores em situações similares. Este reactivar de experiências emocionais, consciente ou inconsciente, influencia o processo de tomada de decisão impondo a atenção na representação futura ou interferindo com as estratégias de raciocínio. Em algumas situações, a via B pode levar directamente a uma decisão, como, por exemplo, quando uma sensação somática instiga uma resposta imediata. A proporção do uso da via A, da via B, ou da junção das duas, depende da pessoa que decide, da sua experiencia anterior e das condições da situação actual.

Ilustração 3 – Esquema do processo de tomada de decisão, segundo Damásio



Fonte: Reproduzido de Damásio (2004, p.173).

Alguns autores (Damásio, 2009; Klein, 2001; Marquis & Huston, 2012; Thompson & Dowding, 2009) referem a utilização da intuição como elemento determinador na tomada de decisão. As descobertas de Damásio (2009, 2004) sobre o cérebro humano permitiram uma reputação mais científica do conceito de intuição, tornando-a credível através da sua base biológica. A intuição, como reacção emocional a consequências antecipadas de boas ou más decisões, "depende da utilização da experiência para identificar padrões-chaves que indicam a dinâmica da situação", refere Klein (2001, p. 49). Na perspectiva do autor, que desenvolveu o

modelo de Tomada de Decisão da Primeira Opção Identificada (TDPOI)[148] para explicar como as pessoas podem tomar decisões em contexto incertos e sob pressão, um dos princípios essenciais da intuição é a capacidade de reconhecer padrões na manifestação de um problema. Padrões que independente da sua subtileza e da dificuldade em serem descritos, permitem avaliarem rapidamente uma situação e orientar o seu curso de acção. A intuição surge como que uma atracção por determinadas sugestões em detrimento de outras, devido à nossa consciência da situação.

O processo de tomada de decisão é comummente definido como um processo de identificação e resolução de problemas efectuado em etapas de decisão envolvendo avaliações, mudanças e aperfeiçoamentos, sempre na procura da decisão mais adequada. A complexidade com que a mente transita diversas etapas, mais ou menos sistematizadas, e emprega vários raciocínios, traduz uma abrangência que vai para além da racionalidade englobando as emoções, os sentimentos e a intuição como fundamentais no momento de decisão. Estando este trabalho inserido no contexto do ensino de enfermagem, importa compreender o processo de tomada de decisão na perspectiva de enfermagem.

4.2 – O processo de tomada de decisão na perspectiva de enfermagem

Em Portugal, a reforma que permitiu ao ensino de enfermagem o ingresso no ensino superior, criou, de uma forma automática, a assumpção de que a prática de enfermagem seria beneficiada. Para além do acesso a outros âmbitos do conhecimento, a consagração das finalidades do ensino superior de "estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo"[149], permitiria aos enfermeiros uma adaptação ao mundo do trabalho e às mudanças e, simultaneamente, fornecer-lhes os meios para apreenderem a realidade e para se afirmassem no meio profissional.

A Enfermagem tem sido uma profissão em mudança, numa sociedade em transformação. O progresso ocorrido permitiu a obtenção de novas competências, sem no entanto abdicar completamente de um conjunto de eixos estruturantes que tradicionalmente

[148] Gary Klein e a sua equipa desenvolveram na década de oitenta do século XX, o modelo da Tomada de Decisão da Primeira Opção Identificada (TDPOI) como um exemplo de como as pessoas tomam decisões em ambientes naturais – tomada de decisão naturalista. O modelo combina análise e intuição, mas o padrão de reconhecimento e a experiência guia os decisores quando o tempo é limitado ou tomada de decisão racional sistemática está impossibilitada. Quando isso acontece, muitos indivíduos agem sobre o primeiro impulso se o futuro imaginado parece aceitável. Este modelo junta dois processos: a forma como os decisores avaliam a situação, permitindo identificar qual o curso de acção adequada e a forma como avaliam esse curso de acção imaginando-o (Klein, 2001; Marquis & Huston, 2012).

[149] Lei n.º 46, de 14 de Outubro de 1986, artigo 11º.

sustentam a sua prática de cuidados. A diminuta valorização social e institucional dos enfermeiros nos cuidados prestados, reflexo do não reconhecimento da sua capacidade de decisão, tem levado a que a organização das suas práticas se mantenha dentro do paradigma médico. Pensar na Enfermagem e na sua autonomia profissional reporta-nos ao seu próprio foco conceptual e à indicação dos fenómenos específicos, bem como a sua intervenção na área da saúde. É indispensável para a concretização da Enfermagem como ciência, que se demonstre a capacidade de tomar decisões e prescrever acções de enfermagem através das quais ocorram respostas específicas da pessoa cuidada. Pois, como refere Collière (1999), a ciência não é mais do que a arte de descobrir, compreender e saber utilizar o saber.

O reconhecimento dos enfermeiros como elementos decisores foi legitimado pelo REPE (1998)[150], em que os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, "decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família, grupos e comunidade" (art. 9º). E reforçado no preâmbulo do Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012) tendo em conta que :

> a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional, implica uma abordagem sistémica e sistemática – na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de Enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade); após efectuada a correcta identificação da problemática do cliente, as intervenções de Enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. No processo de tomada de decisão em Enfermagem, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. (OE, 2012, p. 5-6)

Pretende-se que a Enfermagem tenha um papel na resolução dos problemas das pessoas, em contextos diversos, indo desde a comunidade até ao hospital. Ao enfermeiro cabe demonstrar as suas competências para agir na situação e de forma adequada (Thompson *et al*, 2013), pois só assim adquire o reconhecimento para o seu exercício profissional. Para isso, terá de fazer uma ruptura com os saberes processuais[151], necessários para o desempenho eficiente dos cuidados, evoluindo para uma estrutura disciplinar dos saberes em que o domínio da Enfermagem passa a definir a área de autonomia. Tal implica uma prática de enfermagem fundamentada e baseada na evidência onde a tomada de decisão se verifica cada

[150] Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril que introduz alterações ao Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

[151] Para Malglaive (1995), os saberes processuais são os saberes que regulam a eficácia da acção. No caso concreto de enfermagem, são os saberes que prescrevem o como fazer perante cada situação de doença (D'Espiney, 1999).

vez mais como pedra angular dos cuidados de enfermagem de qualidade (Campos & Graveto, 2009; Garret, 2005; Jesus, 2004; Lasater, 2007; Marquis & Huston, 2012; Neves, 2004; Nunes, 2006; Park, 2012; Pongmarutai, 2010; Ribeiro, 2011; Standing, 2010; Tanner, 2006; Thompson, 1999; Thompson & Dowding, 2009; Thompson *et al*, 2013; Thompson & Staply, 2011). Pois, "tomar uma decisão clínica é um critério, competência que distingue um enfermeiro relativamente a outros profissionais não diplomados. Essa competência para decidir em contexto de clínica tem sido um atributo chave cada vez mais requerido dos enfermeiros de hoje" (Campos & Graveto, 2009, p.141). Para Teles Pinto (2006),

> a assumpção do enfermeiro como autor, intérprete e avaliador de muitas das suas acções que desempenha, exige que estas sejam devidamente fundamentadas, assentes num processo de julgamento sistematizado e vocacionado para a prossecução de objectivos resultantes da problematização de situações, racional e eficaz. (p.12)

Contudo, embora a formação superior possa valorizar a imagem social da Enfermagem, só possibilitará uma crescente autonomia se os enfermeiros forem capazes de aplicar e divulgar, no âmbito da sua prática de cuidados, a diversidade de conhecimentos fundamentais aos cuidados de enfermagem numa manifestação de satisfação profissional. (Amendoeira, 2006a; Ribeiro, 2011). Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha uma identidade bem definida, que assuma a responsabilidade perante as decisões que toma e que essa competência seja reconhecida pela sociedade (Nunes, 2006). Deste modo, o reconhecimento social e político da autonomia profissional emergirá da substituição de perspectivas externas sobre a prática dos cuidados pelo assumir de uma forma explícita e fundamentada, a nossa própria perspectiva.

Mas de que falamos quando abordamos a tomada de decisão na perspectiva de enfermagem? Na procura de clarificação do conceito, emergiram na bibliografia várias expressões sinónimas abarcando um maior ou menor âmbito que tomada de decisão. Thompson, em 1999, referia a existência de muitos termos para descrever o processo de decisão em enfermagem, sendo na essência o mesmo fenómeno. Segundo ele, as tomadas de decisão dos enfermeiros estão directamente relacionadas com as questões dos diagnósticos de enfermagem ou com as intervenções em contexto clínico. Na altura, os termos mais comuns apresentados referiram-se a '**tomada de decisão clínica**', '**julgamento clínico**', '**inferência clínica**', '**raciocínio clínico**' e '**raciocínio diagnóstico**' (Thompson, 1999). Posteriormente, em 2006, na revisão sistemática de literatura de cerca de 200 estudos, Tanner incide a variação dos termos entre '**julgamento clínico**', '**resolução de problemas**', '**tomada de**

decisão' e '**pensamento crítico**', mantendo-se o enfoque na 'operacionalização do conhecimento de enfermagem'[152].

Recentemente, Thompson e Staply (2011) efectuaram uma nova revisão sistemática de literatura, desta vez a vinte e quatro estudos internacionais, para analisar a eficácia das intervenções educativas para a promoção do '**julgamento**' e da '**tomada de decisão**', nos currículos de enfermagem. Embora defendam a proximidade dos conceitos, os autores referenciam a variedade de tipologias de julgamento e de tomada de decisão que os enfermeiros fazem na sua prática clínica (quadro 6). Os autores apresentam quatro tipos de julgamentos (diagnóstico, descritivo, avaliativo e preditivo) e seis tipos de tomada de decisão (intervenção, focalização, temporização, comunicação, gestão e compreensão). Esta categorização permite uma maior precisão dos termos e da sua distinção.

A abundância de termos sobre o conceito de tomada de decisão em enfermagem e a abrangência da sua utilização sugerem incertezas na sua conceptualização. Com o objectivo de identificar as diversas perspectivas existentes sobre este conceito, Cerqueira, Sousa, Barroso, Costa e Machado (2008), analisaram o conceito de '**tomada de decisão'**[153] na perspectiva de enfermagem. Para além da identificação das vantagens da partilha dos saberes e da experiência provenientes de áreas distintas[154], o processo de tomada de decisão em enfermagem foi considerado um instrumento indispensável para a resolução de problemas, focalizado na opção pela decisão certa. A '**tomada de decisão**' é definida pelos autores como um processo sistematizado e dinâmico exigindo ao enfermeiro uma abordagem racional, global e criativa, baseada numa informação, a mais completa e imparcial possível, para uma decisão consciente e responsável (Cerqueira *et al*, 2008). Da mesma opinião são Marquis e Huston (2012) ao defenderem a '**tomada de decisão'** como uma parte da '**resolução de problema'**. Segundo referem, na resolução de uma situação difícil e complexa, a análise comporta sempre uma etapa de tomada de decisão. Enquanto a tomada de decisão proporciona cursos de acção assentes em conclusões justificadas mas pode não solucionar o problema.

[152] Expressão utilizada por Lukere & Kenrick (1992), para designar a unicidade do processo de tomada de decisão apesar das diferentes terminologias e objectivos (Thompson, 1999).
[153] Os autores utilizaram a metodologia tradicional de Walker & Avant, actividade conceptual e linguística que examina os atributos e as características do conceito, tornando-o único e distinto dos demais. É constituída por oito etapas que engloba: seleccionar o conceito, determinar as metas e os objectivos de análise, identificar a utilização do conceito que se pretende investigar, determinar e definir atributos, construir o caso limítrofe, identificar os antecedentes e consequentes e definir referenciais empíricos (Cerqueira et al, 2008).
[154] Na bibliografia consultada pelos autores surgiram áreas distintas tendo estes, após uma leitura exploratória, seleccionado as seguintes: Enfermagem, Administração, Psicossociologia das Organizações e Bioética (Cerqueira *et al*, 2008).

Quadro 6 – Tipos de julgamentos e decisões, segundo Thompson e Staply

Tipo de julgamento ou decisão	Definição	Exemplo
Julgamento (causa/diagnóstico)	Uma declaração que expresse um estado ou condição com base na presença de sinais que são usados para explicar um problema.	O enfermeiro diagnostica a causa de incontinência de um utente (com base nos dados colhidos)
Julgamento (descritivo)	Uma declaração que expresse um estado ou condição com base na presença de sinais que foram observados directamente ou obtidos de outra fonte.	O enfermeiro julga que o utente está 'estável' (com base nos dados colhidos)
Julgamento (avaliativo)	Uma declaração que expresse uma diferença qualitativa num estado ou condição com base na presença de sinais que foram observados directamente ou obtidos de outra fonte.	O enfermeiro julga que a condição do utente deteriorou (com base nos dados colhidos sobre o utente nesse período de tempo, comparando com uma situação anterior)
Julgamento (predictivo)	Uma declaração que expresse uma situação expectável sobre o desenrolar de um estado ou condição com base na presença de sinais que foram observados directamente ou obtidos de outra fonte.	O enfermeiro julga que o utente terá problemas no pós-operatório (com base nos dados colhidos sobre o mesmo no pré-operatório)
Decisão (intervenção)	Seleccionar entre intervenções.	A escolha de um colchão para um idoso que tenha sido admitido com uma obstrução intestinal aguda.
Decisão (focalização)	Seleccionar qual o utente que beneficiará mais com a intervenção de enfermagem.	Decidir quais os utentes que deveriam ter meias anti-embólicas.
Decisão (temporização)	Seleccionar a melhor altura para intervenir.	Decidir a altura para começar a educação para a saúde sobre asma a utentes com asma recém-diagnosticados.
Decisão (comunicação)	Seleccionar qual a informaçao a recolher e a transmitir aos utentes, familiares e equipa de enfermagrm.	Decidir como abordar a reabilitação cardíaca depois de um enfarte agudo do miocárdio num utente idoso que vive sozinho, apesar de ter familares que vivam proximo
Decisão (gestão)	Definir ou processar a transferência de cuidados.	Decidir como organizar a transferência, para que a comunicação seja mais eficaz.
Decisão (compreensão)	Interpretar sinais no processo de cuidados.	Decidir como tranquilizar um utente que esteja preocupado com uma possível paragem cardíaca depois de testemunhar uma paragem noutro utente.

Fonte: Traduzido de Thompson e Staply (2011, p. 882).

A distinção não deixa de ser relevante, pois como alegam Neves (2002) e Marquis e Huston (2012), esta diferenciação é bem visível na prática de enfermagem, em que muitas vezes, as decisões dos enfermeiros não eliminam o problema, apenas o atenuam. No entanto, no parecer de Klein (2001), muitos investigadores admitem que a distinção entre '**resolução de problemas**' e '**tomada de decisão**', em ambientes naturais[155], não é um processo linear.

[155] Considera-se o ambiente no qual as pessoas utilizam a sua experiência para tomar decisões, tentando compreender como lidam com as variáveis e as pressões típicas do ambiente que as rodeia, tal como as informações que desaparecem, limitações de tempo, objectivos pouco específicos e condições alteráveis (Klein,

Alguns optam por tratar a resolução de problemas como numa subcategoria da tomada de decisão, evocada aquando da criação de um novo curso de acção pelo indivíduo. Outros optam por situar a tomada de decisão como subcategoria da resolução de problema, evocada na comparação entre os diversos cursos de acção que o indivíduo tem de efectuar. Para o autor, existe mais sobreposição do que diferença.

Uma diferenciação clara e objectiva entre os termos de '**julgamento'** e **'tomada de decisão'** é apresentada por Dowie (1993), citado por Thompson e Dowding (2009), que define julgamento como "an assessement between alternatives"(p. 3) e a tomada de decisão como "a choosing between alternatives"(p.3). Esta concepção da tomada de decisão como uma actividade é partilhada por Marquis e Huston (2012) quando referem a '**tomada de decisão'** como um processo cognitivo complexo resultando na escolha de um curso de acção específico. Porém, há que considerar que nem sempre a decisão conduz o enfermeiro a uma acção concreta ou de nem sempre se poder aplicar alguma das hipóteses possíveis perante uma situação, resultando numa 'não decisão'[156], quer por inabilidade, quer por opção (Marquis & Huston, 2012; Neves, 2002).

Benner, Tanner e Chesla (2009) por sua vez empregam o termo de '**julgamento clínico**' para se referirem à '**tomada de decisão clínica**'. Os autores afirmam que os enfermeiros devem realizar o julgamento clínico para avaliar as informações mais importantes e responder de uma forma interessada e envolvida no atendimento ao utente. Conceito semelhante é adoptado por Thompson e Staply (2011) referindo que a '**tomada de decisão**' envolve cognição, julgamento e comportamento socialmente situado que face às variáveis da experiência clínica e que nem sempre se responde como esperado. A International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INASCL), em 2011, adopta o mesmo ponto de vista apresentando o termo de '**julgamento clínico'** como

> the art of making a series of decisions in situation, based on various types of knowledge, in a way that allows the individual to recognize salient aspects of or changes in a clinical situation, interpret their meaning, respond appropriately, and reflect on the effectiveness of the intervention. (INASCL, 2011, p. S3-S4)

Nesta perspectiva, o '**julgamento clínico**' engloba um curso de acção pois não basta saber sobre a situação, ou saber que, o enfermeiro deve saber as implicações práticas desse conhecimento e quando e como agir, muitas vezes rapidamente, nas situações clínicas.

2001). Os investigadores incidiram sobre enfermeiros, pilotos, lideres militares, operários de centrais nucleares, campeões de xadrez, entre outros (Klein, 2001).

[156] Conceito defendido por Bandman e Badman (1994) em que a 'não decisão' é em si mesmo uma decisão, pois ao considerar-se outras alternativas optou-se por não se decidir nada, portanto foi uma decisão (Neves, 2002).

Opinião partilhada por Jesus (2004) quando refere que num padrão global do processo de '**tomada de decisão**' em enfermagem como uma combinação de fases reportando-se ao processo de prestação de cuidados, inclui o julgamento e a decisão. Para o autor, o modelo de decisão é um processo contínuo, intencional, muito baseado na relação interpessoal e no conhecimento do utente, suportado pelo conhecimento científico e por uma prática baseada na evidência (Jesus, 2005). Contudo, é importante reconhecer que embora os '**julgamentos'** e as **'decisões'** possam ser separados, nos cuidados de saúde eles estão interligados e por isso são muitas vezes utilizados com um único sentido. Independentemente da proximidade entre o julgamento e a tomada de decisão, estes contribuem, separadamente, para uma adequação das eventuais acções de enfermagem. Ou seja, é possível um enfermeiro fazer um julgamento preciso baseado na informação colhida no processo do utente mas escolher uma intervenção desadequada. Em contrapartida, é possível um enfermeiro fazer num julgamento deficitário mas tomar uma boa decisão baseada nesse julgamento fraco (Thompson & Dowding, 2009).

O uso do '**pensamento crítico'** surge inerentemente ligado à tomada de decisão e ao julgamento clínico, enfatizando o seu uso em enfermagem como um competência essencial no desenvolvimento dos cuidados de enfermagem (Alfaro-LeFevre, 2013; Aston, Wakefield & McGown, 2010; Benner *et al*, 2009; Elliott, 2010; Garret, 2005; Gillespie, 2010; Girot, 2000; Jesus, 2004; Kong, Qin, Zhou, Mou, & Gao, 2014; Neves, 2004; Price & Harrington, 2013; Standing, 2010; Simpson & Courtney, 2007; Tanner, 2006; Teles Pinto, 2006). Jesus (2004) reforça esta importância ao constatar que para muitos autores o enfermeiro é definido mais pelas competências cognitivas do que pelas competências psicomotoras. Razão pela qual o pensamento crítico é um requisito essencial da Enfermagem actual e a base de uma boa prática de enfermagem (Alfaro-LeFevre, 2013).

Tanner (2006) realizou uma investigação, já referenciada[157], a aproximadamente 200 artigos publicados na CINAHL[158], sobre os termos de '**julgamento clínico**' e '**tomada de decisão clinica**' em enfermagem. Esta pesquisa serviu de base a um modelo de julgamento clínico que a autora desenvolveu composto por quatro aspectos: 'noticing' (a compreensão perceptual da situação); 'interpreting', (desenvolvimento da compreensão necessária à situação); 'responding' (decisão do curso de acção adequada ao contexto de cuidados) e 'reflecting' (resposta dos utentes às intervenções de enfermagem). O modelo assenta em cinco conclusões:

[157] Ver pág. 96 deste estudo.
[158] Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature.

> (1) Clinical judgments are more influenced by what nurses bring to the situation than the objective data about the situation at hand; (2) Sound clinical judgment rests to some degree on knowing the patient and his or her typical pattern of responses, as well as an engagement with the patient and his or her concerns; (3) Clinical judgment are influenced by the context of in which the situation occurs and the culture of the nursing care unit; (4) Nurse use a variety of reasoning patterns alone or in combination; and (5) Reflection on practice is often triggered by a breakdown in clinical judgment and is critical for the development of clinical knowledge and improvement in clinical reasoning. (Tanner, 2006, p. 204)

Na perspectiva de Tanner (2006), o termo de '**julgamento clínico'** abrange a interpretação ou conclusão acerca das necessidades do utente ou dos problemas de saúde, e/ou a tomada de decisão para a acção (ou não), e a utilização de modelos de abordagem, sejam os padronizados ou adaptados, de modo a dar uma resposta adequada ao utente. A autora enfatiza o papel do conhecimento do enfermeiro, o contexto da situação e a relação entre o enfermeiro e o utente, centrando-se na observação e na interpretação dos resultados pelo enfermeiro, bem como na sua resposta e na reflexão sobre essa resposta. Tanner (2006) distingue assim o conceito de '**julgamento clínico'** do de '**raciocínio clínico**' sendo o raciocínio clínico um processo através do qual os enfermeiros, e outros profissionais de saúde, fazem os seus julgamentos, incluindo tanto o processo deliberativo de gerar hipóteses ancoradas em evidências, como em outros padrões que podem ser caracterizados, como o raciocínio prático. Esse raciocínio prático, que a autora denomina de compreensão intuitiva, é usado para fazer face à complexidade do contexto de cuidados e à possibilidade de resposta sem premeditação evidente.

Posteriormente, numa investigação realizada por Benner *et al* (2009), englobando 2.300 artigos, ou seja, 20 de anos de publicações desde que o termo '**pensamento crítico'** surgiu na CINAHL, emerge uma forte tendência (mais de 80%) relacionada com a definição e clarificação de termos. Para os autores, "at time of this writing critical thinking was the catchall term that covered all forms of thinking (creative thinking, clinical reasoning, consciousness raising, disclosing and articulation unspoken concerns, recognizing and evaluating assumptions, narrative and dialogical understandings)" (Benner, Tanner & Chesla, 2009, p. 232). Surge a perspectiva de que o '**pensamento crítico'** e o **'julgamento clínico'** não são o mesmo tipo de pensamento e parecem não estar necessariamente relacionados um com o outro. Assim, o '**julgamento clínico'** é caracterizado por uma rápida apreensão da situação clínica, uma progressiva compreensão da história do utente e por uma capacidade de notificar alterações significativas através do reconhecimento do padrão de resposta do utente. E o '**pensamento crítico'** caracteriza-se, na maioria das definições, por um raciocínio clínico e por uma análise racional, independente e objectiva. Ambos, o raciocínio clínico e o

julgamento clínico, baseiam-se em evidências para um julgamento adequado a qualquer situação de cuidados. No entanto, o julgamento clínico tem em especial atenção o utente e a compreensão da sua experiência (Benner *et al*, 2009).

Os conceitos, '**pensamento crítico'** e '**raciocínio clínico',** surgem como definições distintas ainda que interrelacionadas na terminologia que a INASCL (2011) apresenta. Portanto, enquanto o '**pensamento crítico'** é um processo metódico de validação de dados baseado em princípios e métodos científicos (evidências) em vez de pressupostos ou conjunturas; o '**raciocínio clínico'** é a capacidade de reunir e compreender dados sobre uma situação, suportada por conhecimentos, competências (técnicas e não técnicas) e atitudes, que após análise, permite criar um diagnóstico e de ser aplicado a novas situações. Todavia, o Australian Learning e Teaching Council (2009) define o '**raciocínio clínico'** como um processo em tudo semelhante ao processo de tomada de decisão (colher de dados, processar informação, diagnosticar problemas de enfermagem, planear e implementar intervenções, avaliar resultados e reflectir sobre todo o processo) parecendo existir unicamente uma diferenciação semântica do termo tomada de decisão.

Os enfermeiros devem usar as competências de '**pensamento crítico'** para investigar com rigor e reflectir sobre todos os aspectos de uma observação clínica ou de um problema, como expõe Bowles (2000). Uma definição partilhada por Facione e Fancione (2008) quando estes mencionam que "critical thinking is the process we use to make a judgment about what to believe and what to do about the symptoms our patient is presenting for diagnosis and treatment". (p.2). E que Marquis e Huston (2012) especificam como de âmbito mais geral que a tomada de decisão e a resolução de problemas:

> 'critical thinking', sometimes referred to as 'reflective thinking', is related to evaluation an has broader scope than decision making and problem solving and requires conceptualizing, applying, analyzing, synthesizing, and evaluating information. Critical thinking also involves reflecting upon the meaning of statements, examining the offered evidence and reasoning, and forming judgments about facts. (p.23)

A utilização do '**pensamento crítico'** reflexivo aparece como uma auto-regulação intencional dos julgamentos efectuados na prática de enfermagem (INASCL, 2011). Metacognição é a chave do processo para o '**pensamento crítico'**, pois como referem Pesut e Herman (1998), é impossível pensar criticamente sem pensar sobre o que se pensa, contribuindo desta forma, para a compreensão das estratégias de raciocínio envolvidas no julgamento de diagnóstico. Os autores desenvolveram um modelo de '**raciocínio clínico'** que

denominaram de OPT (Outcome-State, Present-State e Testing)[159] e que fornece a estrutura para o raciocínio interactivo necessário aos julgamentos reflexivos da prática de enfermagem. A '**tomada de decisão clínica'** emerge como uma escolha de intervenções de enfermagem perante um '**julgamento clínico'** que se baseia na conclusão da análise comparativa entre dados do estado presente e os critérios específicos dos resultados esperados. Este julgamento resulta num reenquadramento da situação, em novas análises e possíveis decisões clínicas adicionais utilizando um '**pensamento crítico'** e metacognitivo, ou como refere Schon (1994), uma prática reflexiva do agir profissional.

Alfaro-LeFevre (2013) refere o '**pensamento crítico'** como uma actividade mental controlada e intencional que através de estratégias bem fundamentadas permite atingir os resultados pretendidos. Numa definição mais alargada, a autora apresenta o pensamento crítico em enfermagem, o qual inclui o raciocínio clínico (forma de pensar criticamente sobre as questões de cuidados) e o julgamento clínico (resultado do pensamento crítico, a conclusão, decisão ou a opinião formulada) como um pensamento intencional e focado nos resultados (Alfaro-LeFevre, 2013). Raciocínio controlado e intencional que: (a) é guiado por normas, políticas, princípios éticos e legislação; (b) é sustentado pelos princípios do processo de enfermagem, da resolução de problemas e do método científico; (c) está centrado na segurança e na qualidade, em reavaliação constante e como estímulo para melhorar; (d) identifica cuidadosamente os problemas principais, as questões e os riscos envolvidos, incluindo utentes e família na tomada de decisão, logo desde o início do processo; (e) aplica lógica, intuição e criatividade fundamentadas num conhecimento específico e na experiência; (f) é accionado pelas necessidades de cuidados de enfermagem de excelência aos utentes, família e comunidade; (g) exige estratégias de prevenção de erros criados pela natureza humana, tendo em conta o potencial humano[160]. A autora enfatiza o uso do pensamento crítico em enfermagem para uma boa prática de julgamento clínico.

Agregando as capacidades de '**pensamento crítico'** ao processo da '**tomada de decisão clínica**' torna-se possível uma maior clarificação, um leque de possíveis soluções apropriadas às circunstâncias ou ao contexto e um raciocínio para suportar as decisões

[159] O modelo baseia-se no contexto da história do utente proporcionando factos e sinais relacionados de modo coerente. A partir deste enquadramento, o estado presente e o estado do resultado esperado são identificados. A comparação ou a sobreposição entre ambos, presente e resultado, cria condições de teste de correspondência ou de incompatibilidade. O julgamento interactivo determina o significado do resultado dos testes. As decisões e as intervenções de enfermagem desencadeadas permitem que o utente faça a transição do estado presente inicial para o estado do resultado esperado. Todo este processo de raciocínio é suportado pela reflexão (Pesut & Herman, 1998).

[160] Como por exemplo, utilizar a tecnologia para prevenção de erros (Alfaro-LeFevre, 2013).

tomadas. Para Alfaro-LeFevre (2013); Benner *et al* (2009); Bowles (2000); Huang, Chen, Yeh e Chung (2012); Kong *et al* (2014); Marquis e Huston (2012); Neves (2004); Özkahraman e Yildirim (2011); Peres e Ciampone (2006); Price e Harrington (2013); Redding (2001); Standing (2010); Simpson e Courtney (2002); e Sullivan (2012), o uso do '**pensamento crítico'** é um dos requisitos para a '**tomada de decisão clínica'**, pois todo o processo sistemático de análise, avaliação e julgamento de um conjunto de acções contribuem para a realização de um resultado pretendido. Quando o decisor toma uma decisão incutida no conhecimento cognitivo e no conhecimento experimental, o resultado é um processo de tomada de decisão clínica que envolve o pensamento crítico.

Se a revisão da literatura enfatiza o pensamento crítico como um processo complexo abrangendo diversos conceitos desde resolução de problemas, decisão clínica, julgamento clínico, processo de enfermagem, pensamento criativo, como sinónimos, no entanto, parece-nos, como preconizado por Simpson e Courtney (2002), que existe uma diferença evidente entre '**pensamento crítico'** e a **'resolução de problemas'**. Enquanto a resolução de problemas focaliza-se num problema e em encontrar soluções para o resolver (resultados), o pensamento crítico vai além da resolução de problemas. Em vez de procurar uma solução específica para o problema, o pensamento crítico tem como objectivo levantar questões em todos os aspectos da situação e criticar as soluções. O pensamento crítico não está centrado na procura de uma resposta o que acontece com a resolução de problemas. Aston *et al* (2010) partilham da mesma opinião, ao distinguirem o '**pensamento crítico**' da '**resolução de problemas**' e da '**tomada decisão'**, situando a resolução de problemas como uma análise de uma situação difícil e como etapa da tomada de decisão. Para Alfaro-LeFevre (2013), os conceitos são distintos mas sequenciais na medida em que o desenvolvimento das competências de '**pensamento crítico**' requer a aquisição prévia das competências de '**resolução de problemas**' para possibilitar a escolha do objectivo a ser alcançado, opinião partilhada por INASCL (2011).

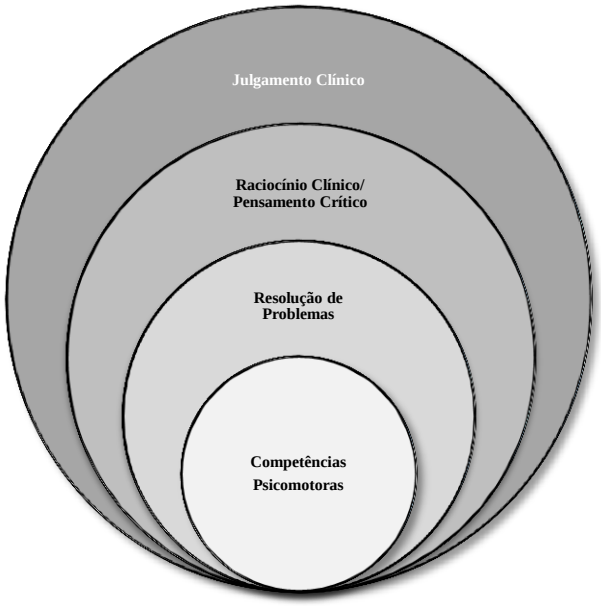
Esta noção de progressão dos conceitos é defendida por Girot (2000) ao referenciar a '**tomada de decisão**' como o produto final da resolução de problemas e do pensamento crítico, na sua investigação sobre o desenvolvimento do pensamento crítico e da tomada de decisão. Por seu lado, Standing (2010) com base num estudo fenomenológico sobre as percepções dos enfermeiros sobre a tomada de decisão, apresenta uma definição de '**tomada de decisão**' que praticamente engloba todos os conceitos. A sua definição inclui a resolução

de problemas, o pensamento crítico, a prática baseada na evidência, a prática reflectiva, a ética de cuidados e a responsabilidade profissional. Segundo a autora:

> clinical decision-making is a complex process involving observation, information processing, critical thinking, evaluating evidence, applying relevant knowledge, problem solving skills, reflection and clinical judgement to select the best course of action which optimizes a patient's health and minimizes any potential harm. The role of the clinical decision-maker in nursing is, therefore, to be professionally accountable for accurately assessing patient's needs using appropriate sources of information, and planning nursing interventions that address problems and which they are competent to perform. (Standing, 2010, p. 7)

Perante a diversidade de conceitos houve necessidade de interrelacioná-los para deste modo os distinguir. Como nos identificamos com a definição produzida pela International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INASCL, 2011), consideramos a aquisição de competências para a tomada de decisão como um processo gradativo de capacidades de raciocínio até ao julgamento clínico utilizadas na tomada de decisão de uma prática de enfermagem segura e eficaz. Nesta progressão, todos os níveis de desenvolvimento estão interligados, interagindo e influenciando-se reciprocamente (ilustração 4).

Ilustração 4 – Desenvolvimento de competências em enfermagem e o modelo de julgamento clínico, segundo INASCL



Fonte: Traduzido de INASCL (2011, p.S4)

A complexidade do processo de aquisição de competências para a tomada de decisão inicia-se nas '**competências psicomotoras**' como a capacidade de realizar movimentos físicos de forma eficiente e eficaz, com rapidez e precisão. Esta competência psicomotora é

mais do que a capacidade de executar, pois inclui a capacidade de executar com proficiência[161], sem problemas, e de forma consistente, sob condições variáveis e dentro de prazos apropriados (INASCL, 2011).

De seguida, a competência de '**resolução de problemas**' refere-se ao processo de formular uma solução atendendo à informação existente no contexto dos cuidados, ao conhecimento presente e a uma recolha de dados pertinentes. Esta procura de soluções, utilizando uma análise faseada como regra de transformação, requer diferentes processos cognitivos, incluindo métodos de raciocínio e estratégias, para a sua resolução (INASCL, 2011).

No nível seguinte, surgem as competências de '**pensamento crítico'** e de **'raciocínio clínico**' como dois conceitos distintos mas do mesmo nível de competência, como referido anteriormente[162]. A inclusão de ambos sugere um processo de raciocínio complexo de questionamento sustentado em princípios e métodos científicos, competências e atitudes levando à compreensão de dados sobre uma situação que, após análise, emerge como diagnóstico com possibilidade de ser utilizado em novas situações. É nessa perspectiva que será usada no nosso estudo.

No nível mais superior encontra-se o '**julgamento clínico**', já mencionado[163], como a arte de efectuar uma série de decisões em situação, baseados em diversos conhecimentos, de modo a permitir reconhecer aspectos relevantes ou alterações de uma situação clínica, interpretar o seu significado, responder adequadamente, e reflectir sobre a eficácia da intervenção (INASCL, 2011). A abrangência do conceito envolvendo o julgamento clínico e a tomada de decisão será utilizado ao longo deste trabalho como duas perspectivas do mesmo nível de competência (Jesus, 2004). Mais especificamente, para a definição de tomada de decisão baseamo-nos na definição apresentada por Standing (2010) pela inclusão dos conceitos de resolução problemas, de pensamento crítico e de raciocínio clínico, bem como de julgamento clínico, que convergem na tomada de decisão.

Esta aquisição da competência de julgamento clínico/tomada de decisão, é influenciado "by the individual´s overall experiences that have helped to develop problem-solving, critical-thinking, and clinical-reasoning abilities" (INASCL, 2011, S4), como uma

[161] O enfermeiro percebe as situações globalmente e não em termos de aspectos isolados e as suas intervenções são guiadas por máximas. A experiência ensina quais os acontecimentos característicos a esperar numa dada situação e como modificar os planos em resposta a esses acontecimentos. A compreensão global potencializa o processo de decisão porque permite saber quais dos muitos aspectos são importantes (Benner, 2001).
[162] Ver pág. 102.
[163] Ver pág. 99.

prática reflectida em acção e sobre a acção[164] (Schon, 1994; 1995) e só pode ser reconhecida em acção (Le Boterf, 2005)[165].

Nos anos 1980 foi produzida uma grande parte da literatura existente sobre a temática de tomada de decisão em enfermagem, como mencionam Baxter e Rideout (2006). Parecer já citado por Thompson (1999), ao afirmar que até à década de 1980, os modelos de tomada de decisão eram retratados como um processo racional hipotético dedutivo, suportado por teorias derivadas da área da psicologia cognitiva. Surgiu então um número de estudos influentes sobre a questão da tomada de decisão em enfermagem que explicitamente ou implicitamente procuraram analisá-la nesse ponto de vista, o da Enfermagem.

Segundo Thompson e Dowding, (2009), a teoria modela a nossa compreensão, promove a base para as nossas acções e, consequentemente, promove conhecimento. A compreensão das teorias sobre 'porque fazemos o que fazemos', bem como 'porque deixamos de fazer o que devíamos fazer', permite escolhas mais informadas e a possibilidade de melhores decisões. Destaca-se a não existência de uma explicação que abranja na totalidade como 'devemos' (modelo normativo), como 'fazemos' (modelo descritivo) ou como 'podemos' (modelo prescritivo) tomar decisões. Para analisar o processo de tomada de decisão, em enfermagem, é necessário compreender uma variedade de teorias que suportam julgamentos e tomadas de decisões (Thompson & Dowding, 2009).

As teorias normativas assumem-nos como um raciocínio individual e lógico, centrado no modo como as decisões idealmente devem ser tomadas, ou seja, uma tomada de decisão racional[166]. Este modelo constitui os valores de referência para aferição de quanto a decisão se enquadra ou afasta do modelo teórico. As teorias normativas estão maioritariamente interessadas na qualidade dos julgamentos e das decisões (resultados) e não consideram como esses julgamentos e essas decisões são efectuadas no mundo real. A procura de resposta para alguma falha do modelo teórico no julgamento e na tomada de decisão, leva-nos até às teorias descritivas. Estas tentam descrever, a nível individual, como são desenvolvidos os julgamentos e as decisões, focalizadas no processo de julgamento e de

[164] O processo de 'reflexão na acção' consiste numa reflexão sobre a situação que está a decorrer, através da compreensão, reformulação do problema suscitado pela situação e do levantamento de hipóteses, não exigindo palavras. A 'reflexão sobre a acção', consiste numa acção, observação e uma descrição do que aconteceu através do uso de palavras (Schon, 1995).

[165] Como será desenvolvido mais à frente (pág. 171-172), a competência implica um conhecimento aplicado em acção.

[166] "A rational decision is a function of how likely an outcome is given a decision option and the value that the individual places on the outcome" (Thompson & Dowding, 2009, p. 59). Em termos de decisão teórica, a escolha é feita pela opção que dá o maior valor esperado, traduzindo dessa forma, uma utilidade subjectiva.

tomada de decisão. Com base na teoria da tomada de decisão (teoria normativa) e no modo como realmente se toma decisões (teorias descritivas) surgem as teorias prescritivas que sintetizam as duas anteriores com o objectivo de melhorar a tomada de decisão. Porque não se situam só no estudo de como os indivíduos fazem na realidade os seus julgamentos e tomam as suas decisões, mas também promovem recomendações para maximizar a qualidade das decisões (Standing, 2010; Thompson & Dowding, 2009).

Na perspectiva de Thompson (1999), afastando a falta de homogeneidade pela variação de termos, surgiriam principalmente teorias normativas e descritivas de modelos de tomada de decisão. Contudo, para Harbison (2001), há um predomínio de investigação da tomada de decisão clínica na abordagem de modelo descritivo pela grande variedade de modelos teóricos que descrevem o que os enfermeiros fazem, tendo em vista a melhoria da prática de cuidados. Aparentemente, a sua justificação assenta no facto dos enfermeiros pretenderem maximizar a qualidade dos cuidados prestados com base no aperfeiçoamento das decisões tomadas. Posteriormente, Thompson e Dowding (2009) explanam a dificuldade das teorias normativas serem estudadas na área de saúde devido às incertezas dos contextos de cuidados e a baixa probabilidade de uma decisão racional[167]. O seu discurso enfatiza-se em torno das teorias descritivas, parecendo corroborar a apreciação de Harbison (2001).

Teoricamente, o discurso em enfermagem foi centrado numa abordagem 'sistemático-positivista' e 'intuitiva-humanista' (Campbell, 2008; Garret, 2005; Jesus, 2004; Magalhães, Lopes & Fonseca, 2013; Neves, 2004; Offredy, Kendall & Godman, 2008; Pongmarutai, 2010; Standing, 2010; Teles Pinto 2006; Thompson, 1999) e posteriormente na teoria do 'contínuo cognitivo' (Garret, 2005; Jesus, 2004; Magalhães *et al*, 2013; Offredy *et al*, 2008; Standing, 2010; Teles Pinto 2006; Thompson, 1999; Thompson & Staply, 2011). Recentemente, aparecem novas abordagens para a fundamentação das decisões e dos julgamentos de enfermagem na prática clínica (Thompson & Dowding, 2009). Além das teorias 'sistemático-positivista' e 'intuitiva-humanista, surge a teoria 'heurística', a teoria do raciocínio 'rápido e frugal' e a teoria da 'detecção do sinal' (Thompson & Dowding, 2009)

[167] A dificuldade de uma resposta directa numa tomada de decisão em contextos de saúde leva ao uso de 'relações de compromisso', revelando um grau de complexidade variável das decisões. Na perspectiva de Thompson e Dowding (2009), as 'relações de compromisso' nas decisões podem adquirir três formas distintas dependendo dos resultados. Como primeiro nível, a decisão pode ter apenas dois resultados possíveis; no nível seguinte a decisão abrange possíveis resultados que podem ser medidos numa escala única de 'menos preferido' para 'mais preferido' e com maior grau de complexidade situam-se as decisões com mais do que uma dimensão a ser valorizada.

com um único prepósito: descrever como os indivíduos tomam as suas decisões e usam os seus julgamentos.

A teoria do processamento da informação (abordagem sistemático-positivista), traduz-se na assumpção de que a racionalidade humana é limitada pela capacidade de processar informação e por conseguinte, a tomada de decisão depende das capacidades individuais de se adaptar às limitações de memória de longo e de curto prazo (Jesus, 2004; Magalhães *et al*, 2013). Perante estes factos, Newell e Simon (1972, citado por Botti & Reeve, 2003 e por Thompson & Dowding, 2009) defendem como resposta às limitações diagnosticadas, o desenvolvimento de várias formas de pensamento (processamento de informação) de modo a permitir efectuar julgamentos e tomadas de decisão efectivas. O raciocínio analítico que antecede cada decisão origina uma acumulação contínua de informação permitindo ao indivíduo identificar elementos relevantes da situação e de desenvolver outras perspectivas ou abordagens da mesma. Uma das funções importantes da memória é a sua capacidade de reter a informação por mais tempo, ou seja, a transferência da memória de curto prazo para a memória de longo prazo e dessa forma, reter as experiências e os conhecimentos (Neves, 2004). Na opinião de Nunes (2006), a teoria do processamento de informação é a teoria descritiva mais influente na tomada de decisão e no julgamento clínico, usada como base de muitos estudos em enfermagem.

Em enfermagem, as tomadas de decisão positivistas englobam dois processos distintos: um direccionado aos objectivos e outro de rejeição. Enquanto o processo de rejeição determina o problema, a causa e a acção a ser tomada e declina o que é excedente através da utilização do raciocínio hipotético-dedutivo; o processo direccionado aos objectivos abrange as acções para alcançar um objectivo específico alicerçadas em versões prévias desse objectivo pretendido (Ellis, 2002, citado por Garret, 2005). O foco da maioria das investigações realizadas em enfermagem, com base na teoria do processamento de informação, tem sido para identificar as estratégias cognitivas empregadas por clínicos principiantes e experientes (peritos) na formulação de diagnósticos, na perspectiva de Garret (2005).

A pesquisa realizada sobre este modelo de raciocínio hipotético-dedutivo sugere que os indivíduos passam por várias etapas no seu processo de raciocínio para tomar decisões (Botti & Reeve, 2003; Garret, 2005; Jesus, 2004; Magalhães *et al*, 2013; Neves, 2004; Nunes, 2006; Standing, 2010; Teles Pinto 2006; Thompson, 1999; Thompson & Dowding, 2009; Wang, Chien & Twinn, 2011). Se existe diferença no número de etapas, tal não parece

evidenciar uma discrepância de conceitos mas, pelo contrário, uma alteração de forma, com algumas etapas a serem mais desenvolvidas que outras. Razão pela qual, os autores parecem defender, particularmente, quatro passos no processo de raciocínio que incluem a recolha preliminar de informação do utente, seguida de formulação de hipóteses iniciais de possível diagnóstico, passando posteriormente pela interpretação dos dados recolhidos e terminando com a avaliação final da situação, analisando os prós e os contras de cada possível hipótese e optando pela de maior evidência (Botti & Reeve, 2003; Jesus, 2004; Magalhães *et al*, 2013; Neves, 2004; Nunes, 2006; Park, 2012; Thompson, 1999; Thompson & Dowding, 2009; Wang, Chien & Twinn, 2011).

Este método sistemático tem limitações na abrangência real da situação e nas hipóteses subsequentes, como Neves (2004) criticamente refere. No entanto, existem estudos que demonstram que os enfermeiros continuam a utilizar a abordagem analítica (Garret, 2005; Jesus, 2004; Martins, 2010; Neves, 2004), principalmente a teoria do processamento da informação na tomada de decisão clínica de enfermagem (Jesus, 2004; Nunes, 2006). Será que esta forma de pensar não traduz uma ancoragem significativa no modelo biomédico[168] de que ainda não nos conseguimos libertar? Em suma, e concordando com Thompson e Dowding (2009), este tipo de raciocínio não explica por si só a tomada de decisão em enfermagem, mas é necessário, conjuntamente com outros, para o compreendermos na sua plenitude.

Uma das abordagens da fundamentação de como os enfermeiros efectuam o julgamento e a tomada de decisão incide no conceito de intuição (abordagem intuitiva-humanística). A principal mentora do desenvolvimento do modelo intuitivo na Enfermagem foi Patrícia Benner, desde meados dos anos 1980 (Benner *et al*, 2009; Jesus, 2004; Neves, 2004; Pongmarutai, 2010; Standing, 2010; Thompson, 1999; Thompson & Dowding, 2009). Esta teoria baseia-se na intuição como elemento de diferenciação entre um enfermeiro perito e um enfermeiro principiante[169]. Para a autora, o enfermeiro perito não se apoia num princípio analítico (regra, directriz, máxima) quando passa da fase de compreensão da situação a uma acção apropriada. O perito, que tem uma enorme experiência, compreende de uma forma intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num leque de

[168] Uma concepção de enfermagem centrada na doença e uma perspectiva de trabalho construída em torno do ideal da cura como principal padrão privilegiando os saberes médicos, em detrimento de outras áreas, inclusive o próprio saber oriundo da prática (D'Espiney, 1999).

[169] Patricia Benner (2001), teórica de enfermagem, baseou-se no modelo de aquisição de perícia de Dreyfus e identificou cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: principiante, principiante avançado, competente, proficiente, perito.

soluções e de diagnósticos estéreis[170]. O principiante necessita de regras para guiar os seus actos em função de diferentes elementos, pela inexperiência nas situações de cuidados (Benner, 2001).

Intuição é definida por Benner *et al* (2009), como "a judgment without a rationale, a direct apprehension and response without recourse to calculative rationality" (p. 208). A experiência determina o raciocínio do enfermeiro por analogia com situações anteriores, como um guia do 'pensamento em acção' ou como uma «falsae memoriae»[171], (Thompson & Dowding, 2009). Contudo, uma resposta por intuição não significa algo impensado ou uma resposta automática, antes pelo contrário, está relacionado com uma racionalidade deliberativa, através da qual os enfermeiros certificam todas as suas intuições (Benner *et al*, 2009). Idêntica perspectiva é defendida por Klein (2001), como mencionado anteriormente[172], com base numa pesquisa sobre a forma como as enfermeiras de uma unidade de cuidados intensivos de neonatologia de um grande hospital, detectavam sinais de infecção nos prematuros. O autor, e a sua equipa, verificaram que os padrões-chave identificados muitas vezes eram subtis e que frequentemente as enfermeiras tinham dificuldade em descrever no que reparam ou na forma como apreciavam uma situação típica ou atípica. No entanto, reagiam frequentemente a um padrão quase imperceptível de indicadores, que em conjunto distinguiam um bebé em perigo. Klein (2001) concluiu que pelo menos alguns aspectos da intuição derivam da capacidade de utilizar a experiência, de forma a reconhecer situações e saber lidar com elas. Harbison (2001) fala mesmo em termos de uma decisão racional fria ou uma quente e impulsiva intuição. Para a autora, a intuição é um processamento rápido e inconsciente das informações.

Pongmarutai (2010), no estudo que fez sobre a aplicação de um modelo de avaliação do julgamento clínico em estudantes de enfermagem seniores[173], define a intuição como "the ability to act or decide appropriately without deliberately and consciously balancing alternatives, without rule or even without awareness". (p. 9). Conceito que vai ao encontro da teoria de Damásio (2004), já anteriormente referida[174], quando salienta a possibilidade da não

[170] Aqui seguimos muito de perto Marques (2002).
[171] Referindo-se à sensação de anteriormente já ter estado numa situação semelhante. Criticamente, Thompson e Dowding (2009), alertam que a confiança na «falsae memoriae» não é suficiente para uma tomada de decisão de qualidade.
[172] Ver pág. 93.
[173] Neste estudo, realizado nos Estados Unidos da América, a autora considera estudante sénior, o estudante no último semestre do seu programa de curso, independentemente de ser o Associate Degree in Nursing (ADN) ou o Baccaulaureate Degree of Science in Nursing (BSN) (Pongmaratui, 2010).
[174] Ver pág. 92.

consciência de uma escolha. E defendida por Thompson (1999) ao afirmar que a tomada de decisão resulta, maioritariamente, de um nível inconsciente de cognição.

Embora seja indubitável a influência da intuição no julgamento e na tomada de decisão em enfermagem, Thompson e Dowding (2009) defendem que as teorias sobre a intuição não conseguem fornecer uma resposta global e convincente. Em causa está a falta de visibilidade da intuição ao sugerir que o conhecimento relacionado com o julgamento e tomada de decisão é quase sempre impossível de transmitir, tornando-o inatingível e incapacitando os enfermeiros de expressarem o que fazem. A própria Benner (2001) refere que "a perita age muitas vezes por intuição, coisa impossível de aprender ou de ensinar de uma forma conceptual" (p. 209), mas reforça o papel da intuição sustentado na experiência e não como algo místico e exclusivo das mulheres (Benner *et al*, 2009). Dir-se-á, como comentam Thompson e Dowding (2009) e de acordo com Klein (2001) que, após despiste das limitações teóricas, o conhecimento intuitivo poderá ser útil, nomeadamente, na previsão de riscos.

A dificuldade de determinar empiricamente os aspectos intuitivos da tomada de decisão originaram, nas últimas décadas[175], algumas investigações de enfermagem sobre a temática. Em Portugal, Jesus (2004), no seu estudo sobre a decisão clínica em enfermeiros principiantes e experientes, também certificou a presença de estratégias cognitivas idênticas entre os dois grupos, incluindo a intuição. A nível internacional, outro estudo realizado no Brasil, teve por objectivo compreender a capacidade intuitiva de profissionais de enfermagem [176] nos cuidados de enfermagem (Silva, 2003). Os resultados revelaram a importância da intuição nos cuidados de enfermagem, principalmente, em situações de dúvidas e conflito, destacando-se o seu uso na maximização da qualidade dos cuidados de enfermagem. Foi também possível evidenciar diferentes níveis de capacidades intuitivas, relacionadas com a experiência profissional, baseado no modelo da Benner (Silva, 2003).

Dados que parecem ser certificados por outra pesquisa, esta realizada por Pretz e Folse (2011), nos Estados Unidos da América, e que incidiu sobre a relação entre o domínio específico e o domínio geral da intuição em enfermeiros e estudantes de enfermagem para

[175] Só na última década do século XX surgiu investigação em enfermagem analisando o papel da intuição na tomada de decisão (Benner *et al*, 1996; Easen & Wilcockson, 1996; Efken, 2001; Gobert & Chassy, 2008; Hansten & Washburn, 2000; King & Clark, 2002; Miller, 1995; Rew, 2000; Smith, 2006, 2007; Thompson, 1999), como Jesus (2004) e Pretz & Folse (2011) referem nos seus estudos. Terão sido realizados mais de 610 pesquisas, envolvendo o uso da intuição na tomada de decisão em enfermagem, entre 1981 e 2007 (Rew & Barrow, citado por Thompson & Dowding, 2009).

[176] O grupo engloba enfermeiros, técnicas de enfermagem e auxiliares de enfermagem, como profissionais de enfermagem (Silva, 2003).

compreender diferenças na utilização da intuição entre principiantes e peritos, na área de enfermagem. Através de uma análise quantitativa, os autores asseguram que existe distinção entre os dois níveis de intuição. Confirma-se, por um lado, a relação intensa entre o uso da intuição e a experiência clínica, destacando que quanto maior a experiência, maior a preferência pela intuição específica. E por outro, a intuição de âmbito geral está menos relacionada com a experiência de enfermagem.

Salienta-se assim, a utilidade do modelo de intuição desenvolvido por Benner na fundamentação da tomada de decisão dos enfermeiros (Thompson & Dowding, 2009). Apesar da base racional que promove a consciencialização da experiência prática, a intuição está relacionada com a individualidade e a criatividade de cada enfermeiro, como denomina Neves (2005), a 'arte' de fazer enfermagem.

Uma análise sucinta que põem em evidência as diferenças entre a teoria sistemático-positivista e a intuitiva-humanística, é apresentada por Standing (2010). São diversas as variáveis que a autora utilizou para caracterizar as teorias sendo: pessoas chave, tipo de teoria, metáfora associada, princípios essenciais, tipo de conhecimento, avaliação de competências, relação entre teoria e investigação, validação da investigação sobre tomada de decisão, pontos fortes, pontos fracos, e aplicações na área da saúde (quadro 7). Além da comparação entre os contrastes, Standing (2010) sintetiza os aspectos importantes de cada teoria sendo por isso útil na identificação e na compreensão das teorias que suportam a tomada de decisão em enfermagem.

Numa perspectiva complementar destas duas teorias sobre a tomada de decisão em enfermagem, surge a abordagem do contínuo cognitivo, nomeado por Hammond, no qual as teorias sistemática e intuitiva representam os extremos opostos de um «continuum» e não, planos distintos (Magalhães *et al*, 2013; Standing, 2010; Thompson, 1999 [177]; Thompson & Dowding, 2009). Este processo híbrido (Teles Pinto, 2006) resulta de um equilíbrio das duas posições, numa teoria abrangente e capaz de reconciliar os aparentes diferentes mundos da teoria normativa e da realidade clínica. Além disso, a existência de um contínuo em substituição de duas áreas completamente opostas promove a diversidade da estratégia cognitiva individual (Thompson, 1999).

[177] O autor analisa as duas abordagens com base na comunicabilidade, simplificação, especificidade contextual e aplicabilidade, através dos seus benefícios e das suas limitações. Embora cada uma das abordagens desenvolva o processo de tomada de decisão, nenhuma delas o consegue fazer na plenitude, defendendo por isso uma combinação de ambas (Thompson, 1999).

Quadro 7 – Teoria intuitiva versus analítica, segundo Standing

Descrição	Intuitiva/experimental (sistema 1)[178]	Analítica/racional (sistema 2)
Pessoas chave	Brunswik 1943, 1956; Heider 1944, 1958; Hammond 1955; Gingerenzer 1991	Edwards 1954; Savage 1954; Simon 1957; Kahneman, Slovic and Tversky 1982
Tipo de teoria	**Descritiva**: observar e descrever como as pessoas atendem e intrepretam informação nos meios naturais/contextos sociais para informar dos seus julgamentos/decisões/acções.	**Normativa e prescriptiva**: probabilidades estatísticas calculadas a partir de frequências de uma base de dados para informar a tomada de decisão racional e a resolução de problemas sistemática.
Metáfora associada	**Lente**: realidade vista através de uma lente que consiste numa panóplia de informação observável e é usada para tirar conclusões sobre condições ou características.	**Apostador**: aplicação das leis da probabilidade para distinguir entre acontecimentos prováveis e improváveis e prever a probabilidade de certos acontecimentos ocorrerem.
Principais princípios	Julgamento é o resultado de interacção entre um indivíduo e o meio e não pode ser compreendido ao estudar ambos isoladamente. Os seres humanos trabalham por objectivos mas rodeados de incertezas e a sua percepção é falível por isso usam as informações que captam em contexto social para **'pesar' a melhor opção** em decisões.	O julgamento humano não é confiável por não ser imparcial. A pesquisa experimental é a melhor maneira de minimizar esta parcialidade: identificar as variáveis dependentes e independentes; levantar hipótese/testar a relação causa-efeito em ambiente controlado; resultados analisados por probabilidades estatísticas do seu valor preditivo e das margens de erro.
Tipo de conhecimento	**Tácito**: pensamento baseado num conhecimento intuitivo.	**Explícito**: pensamento baseado num conhecimento analítico.
Avaliação de competência	**Correspondência da competência**: observação eficaz, relevância e resultado exequível.	**Coerência da competência**: consistente, rastreável, rigoroso e processo lógico.
Teoria e pesquisa relacionada	**Modelo de lente**, teoria social de julgamento, observação em ambientes naturais.	Instrumentos de análise de decisão – **Teorema de Bayers -** teoria prospectiva e experimental.
Teste de validação na pesquisa da tomada de decisão	**Validade ecológica** Interna: identificação de informação que representa fidedgnamente inferências de uma situação; Externa: amostra representativa do contexto social em que os resultados são generalizados.	**Validade científica** Interna: estudos radomizados/ estudo duplo-cego/grupo de controlo; Externa: ampla amostra de população que resulta numa representação generalizada.
Pontos fortes	**Relevância:** retrata a complexidade dinâmica dos julgamentos diários do ser humano, enquanto pessoa em interacção no seu contexto social.	**Rigor:** gera conhecimento científico através de pesquisa, que está aberto a investigação e podem ser replicadas para minimizar a parcialidade/erro.
Pontos fracos	O foco local pode **ignorar tópicos de estudos nacionais.** A percepção, processamento de informação e julgamento do ser humano é propensa a erros.	Testes laboratoriais podem ser artificiais/**não representativos** da sua influência em julgamentos individuais **em contextos sociais.**
Aplicações na saúde	'Prática/saber-em-acção' professional, prática reflectiva, cuidado centrado no utente.	Prática baseada em evidência de 'racionalidade técnica', processo de enfermagem sistemático.

Fonte: Traduzido de Standing (2010, p. 101-2).

[178] Estas teorias defendem o conceito do raciocínio humano como dois sistemas de raciocínio interligados também denominadas de 'sistema 1' e 'sistema 2' (Kahneman *et al*, 1982, citado por Facione & Facione, 2008 e Standing, 2010). Estes sistemas não funcionam em separados, e nenhum é melhor do que o outro. Em conjunto permitem uma visão crítica sobre uma situação, podendo em casos específicos, haver um predomínio de um sobre o outro, como forma de adequação e de autocontrolo (Facione & Fancione, 2008).

O contínuo cognitivo dispõe as actividades dos decisores em seis grandes categorias (Hammond, 1978, citado por Harbison, 2001; Jesus 2004; Standing, 2010; Thompson e Dowding, 2009) da seguinte forma: modo 1; em oposição, modo 6, o mais intuitivo; modos 2 e 3 quasi-experimental, pondera a análise; e os modos 4 e 5 quasi-racional, pondera a intuição. O uso da intuição predomina quando a actividade é pouco estruturada, se existe uma sobrecarga de informação ou há pouco tempo disponível para a decisão. Enquanto pelo contrário, a análise predomina se a actividade for bem estruturada, se existe controlo da informação e tempo necessário para a decisão. O tipo de actividade, a informação disponível e o tempo para a realização da decisão são assim as variáveis que determinam o nível de cognição a utilizar[179] (Harbison, 2001; Jesus, 2004; Neves 2004; Standing, 2008; Thompson & Dowding, 2009).

Este processo de cognição (intuição/síntese analítica) encontra-se ligado a um sistema de tarefas contextuais, descritas em cinco premissas por Hammond (1996), como refere Standing (2008):

- Premissa 1 – A cognição varia da intuição à analise como pólos opostos do contínuo.
- Premissa 2 – O raciocínio quasi-racional, entre os dois pólos, engloba a intuição e a análise.
- Premissa 3 – Um contínuo de tarefas induz um julgamento intuitivo, quasi-racional ou analítico.
- Premissa 4 – A cognição é flexível, oscilando em qualquer direcção ao longo do contínuo.
- Premissa 5 – A cognição pode reorganizar padrões gerais e relações funcionais específicas.

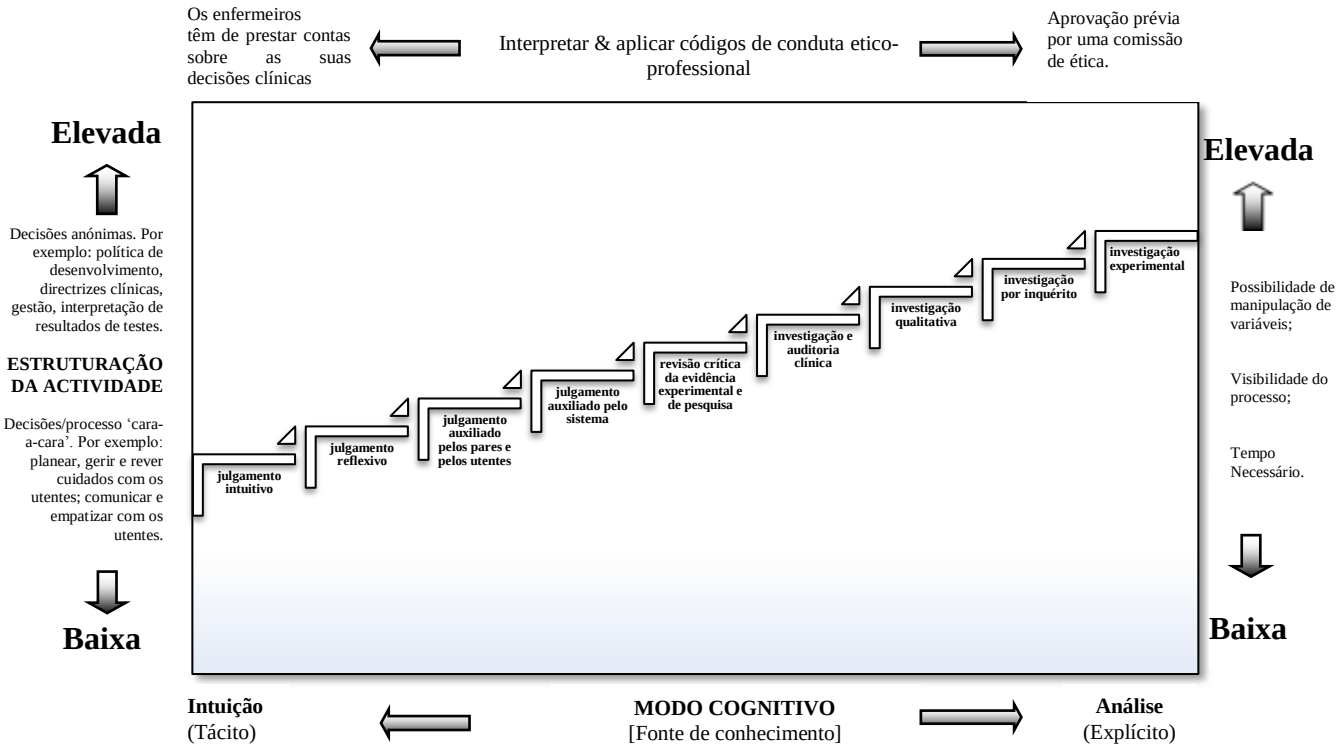
A teoria do contínuo cognitivo fornece algumas perspectivas dos aspectos cognitivos da tomada de decisão mas, como criticamente Standing (2008) comenta, embora seja aplicada ao mundo da medicina, ignora muitas abordagens alternativas utilizadas em enfermagem. Razão pela qual, a autora desenvolveu uma revisão do modelo do 'contínuo cognitivo', integrando uma serie mais ampla de prática baseada na evidência e na reflexão. Este novo modelo tende a melhorar a compreensão da teoria e da prática do julgamento e da tomada de

[179] A actividade vai de 'bem' (well) a 'mal' (ill) estruturada; a informação e o tempo de 'alta' (high) a 'baixa' (low) possibilidade de manipulação, visibilidade do processo e tempo requerido (Hammond, 1978, 1988, citado por Harbison, 2001; Jesus, 2004; Standing, 2008; Thompson & Dowding, 2009).

decisão em enfermagem. Não foi alterada nenhuma das premissas básicas do modelo de Hammond e manteve-se a noção do «continuum» de complexidade das actividades induzindo como resposta um «continuum» de julgamento analítico, quasi-racional e intuitivo (Standing, 2010).

Uma das alterações verificou-se na descrição das actividades substituindo o 'bem' e o 'mal' estruturado por 'alto' e 'baixo'[180], de modo a minimizar uma potencial ambiguidade nos contextos de saúde. Desse modo, Standing (2008) distingue enfermagem interpessoal, 'face-a-face' em oposição à investigação e às actividades de decisão mais amplas e 'sem rosto' (ilustração 5).

Ilustração 5 – O contínuo cognitivo revisto por Standing



Fonte: Traduzido de Standing (2010, p. 117).

A autora reviu e ampliou os seis modos de inquérito para nove modos de prática. Estes modos não são numerados de forma a evitar enviesamentos da cognição e permitir a sua localização em qualquer direcção ao longo do contínuo. O 'julgamento intuitivo' envolve a formação de ideias e opiniões sem consciência do processo conducente à sua criação. Razão

[180] Os termos 'well' e 'ill' foram substituídos por 'high' e 'low', na versão original (nota do autor).

pela qual, a autora inclui o 'julgamento reflexivo' como forma de valorizar a reflexão em enfermagem.

No 'julgamento auxiliado pelos pares e pelos utentes', Standing (2008) indica que a participação da pessoa, alvo dos cuidados, na tomada de decisão complementa os cuidados de uma equipa multidisciplinar onde membros de diferentes níveis de perícia e experiência contribuem para cuidados centrados no utente. O 'julgamento auxiliado pelo sistema' inclui instrumentos de avaliação validados, procedimentos, «guidelines» clínicas, quadros de resolução de problemas e sistemas informáticos de análise de decisões, num contributo de suporte ao julgamento e à tomada de decisão em enfermagem.

Relativamente à 'revisão crítica da evidência experimental e de pesquisa' esta requer que os enfermeiros desenvolvam competências de pensamento crítico para questionar procedimentos, identificar conhecimentos deficitários, colocar questões, bem como, aceder, avaliar e aplicar investigação relevante para uma prática baseada na evidência.

A 'investigação e auditoria clínica' são usadas para melhorar os cuidados de enfermagem através da implementação e avaliação das estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem. Sobre a 'investigação qualitativa' a autora refere que são experiências de investigação tendo em conta a perspectiva dos participantes, facilitando a compreensão experimental ou a interpretação das actividades de julgamento.

A 'investigação por inquérito' procura respostas a questões específicas através de uma amostra não-probabilística (conveniência) ou probabilística (aleatória) da população alvo para comparar intervenções/eficácia e identificar tendências de saúde, em diferentes realidades. Finalmente, a 'investigação experimental' inclui investigação quasi-experimental, ensaio clínico controlado e experiência científica para sustentar o desenvolvimento e a avaliação das intervenções de enfermagem (Standing, 2008).

Através da revisão do contínuo cognitivo torna-se possível uma real dimensão da natureza e da variedade das actividades de julgamento e de decisões de enfermagem centradas no utente; da selecção da intervenção mais adequada em detrimento de outras opções, assim como, a falibilidade da capacidade humana de julgar desde o julgamento intuitivo até ao julgamento analítico.

Na opinião da autora, é recomendado que este modelo de contínuo cognitivo seja utilizado como estratégia de aprendizagem e guia para a prática por integrar uma vasta gama de prática reflexiva e baseada na evidência e permitir uma maior compreensão da teoria e

prática do julgamento e tomada de decisão em enfermagem, quer em contexto académico, quer em contexto de prática clínica (Standing, 2008).

Esta abordagem é essencialmente prescritiva, como referem Thompson & Dowding (2009), pois permite aos enfermeiros melhorar o seu julgamento clínico e a sua tomada de decisão. De facto, no estudo realizado por Offredy *et al* (2008), em que analisaram o conhecimento e a tomada de decisão na prescrição farmacológica de enfermagem[181] através do contínuo cognitivo, foi possível conhecer as razões pelas quais os enfermeiros decidiram as suas prescrições. Além da descrição das características da cognição utilizada, salienta-se ainda uma tomada de decisão englobando tanto o pensamento analítico como o intuitivo e a influência dos cenários na decisão dos enfermeiros prescritores.

Em busca de uma complementaridade mais do que uma oposição, surgem novas teorias que remetem a tomada de decisão para uma explicação heurística[182], de um raciocínio rápido, nem sempre sustentado numa cognição complexa (Jesus, 2004; Marquis & Huston, 2012; Thompson & Dowding, 2009; Thompson & Staply, 2011). Como é o caso da teoria 'rápida e frugal' (Gigerenzer, Hoffrage & Goldstein, 2008) ou do 'fatiar fino' (Gladwell, 2010).

Gerad Gigerenzer e a sua equipa, baseado em estudos realizados nas últimas duas décadas, sugerem que o raciocínio tem uma forma rápida e simples de ocorrer, e com igual eficácia (Thompson & Dowding, 2009). Esta perspectiva 'rápida e frugal' assenta em três questões sendo as duas primeiras relacionadas com as estratégias adaptativas e com a racionalidade ecológica[183], e a terceira questão com a tomada de decisão, como se cita:

[181] Segundo informação dos autores: "nurses have been involved in prescribing in England since 1996, and to date over 41,000 nurses are registered with the Nursing and Midwifery Council as prescribers. The majority of evaluative research on nurse prescribing is descriptive and relies on self-report and assessment of patient satisfaction" (Offredy *et al*, 2008, p. 1).

[182] Heurística, de acordo com o dicionário Porto Editora (2003-2013) "é uma palavra derivada do grego e que significa encontrar, designa uma vertente da História que estuda os documentos, de forma a apurar a verdade neles contida. De igual forma, esta ciência pretende criar uma metodologia eficaz para a prossecução da investigação e das descobertas científicas. Desta forma, socorre-se de todo e qualquer meio e instrumento de trabalho para conseguir o máximo de informação sobre o tema em questão, partindo do suporte físico até chegar à consideração de elementos como a crítica psicológica, não descuidando o mais pequeno e insignificante detalhe no processo". Acedido em 8-9-2013 em http://www.infopedia.pt/$heuristica.
A heurística pode ser considerada como um atalho cognitivo utilizado na resolução de problemas complexos ou com informações incompletas, na medida que preserva e conserva os recursos mentais (Thompson & Dowding, 2009).

[183] Para Gigerenzer, Hoffrage, & Goldstein (2008) "the program of fast and frugal heuristics centers on three questions. The first concerns the adaptive toolbox: What heuristics do organisms use? Answering this involves identifying heuristics, their building blocks, and the evolved capacities that these exploit. The second concerns ecological rationality: What are the environmental structures in which a given heuristic works well or poorly, and how do people adapt heuristics to these structures?" (p. 230).

> the third question concerns applications: How can the study of ecological rationality inform the design of heuristics and environments to improve decision making? For example, ecologically rational design has been used to improve coronary care unit allocations (…) first-line antibiotic prescription in children (…), and risk communication in medicine and law. (Gigerenzer *et al*, 2008, p.230)

Uma tomada de decisão poderá ser realizada somente com alguns dados usando uma escassa quantidade de informação (Marewski, Gaissmaier, & Gigerenzer, 2010). A etapa inicial da construção de uma heurística é a forma de seleccionar os dados, ou seja, a necessidade de normas para a procura da informação. Como exemplo, os autores apresentam uma situação de admissão de um utente com suspeita de enfarte agudo do miocárdio (EAM), perfeitamente adequada aos julgamentos e às decisões desenvolvidas pelos enfermeiros (Thompson & Dowding, 2009). A avaliação do risco (alto ou baixo risco), que vai determinar a intervenção do decisor, poderá ser feita através de três itens. A questão de cada item deve ser feita em sequência e uma única resposta positiva identifica a situação como de alto risco. Pelo contrário, serão precisas três respostas negativas para a situação ser diagnosticada como de baixo risco (Marewski *et al*, 2010). O processo de raciocínio consiste nas três seguintes questões: (1) o utente tem alterações do segmento ST no seu electrocardiograma? (2) A dor no peito é a queixa principal? (3) Existe outro factor, como por exemplo, o uso de nitroglicerina para a dor no peito? (Thompson & Dowding, 2009).

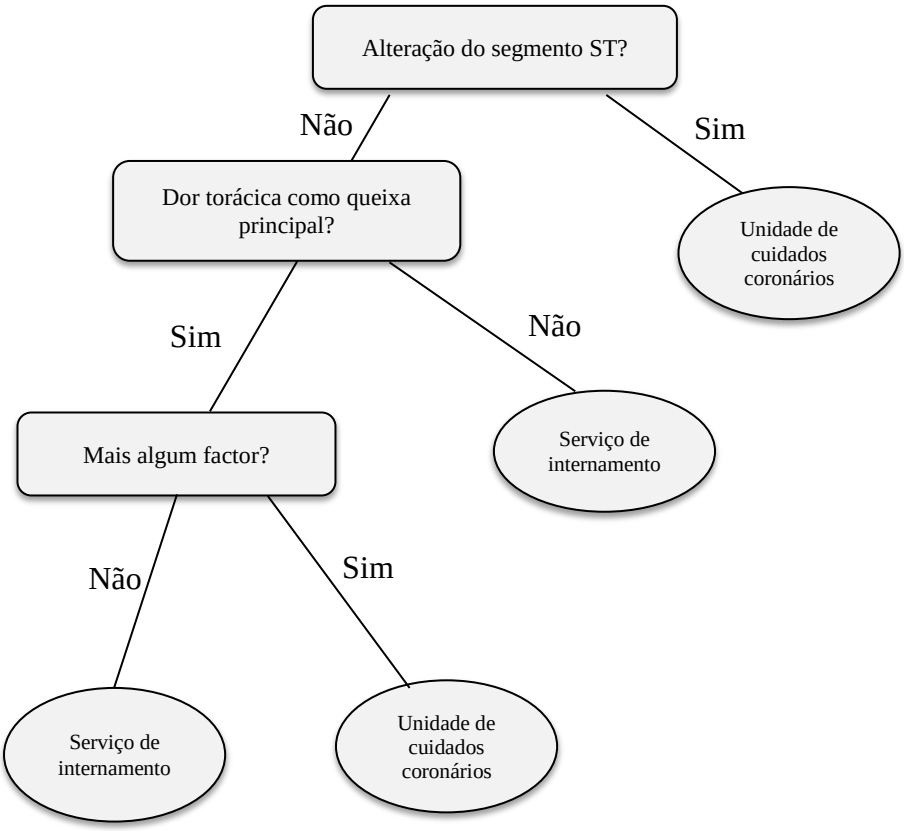
Esta decisão foi desenvolvida em algoritmo por Green e Mehr (1997, citado por Marewski *et al*, 2010), tendo como base a construção de grupos de melhor resposta. Este modelo ignora as possibilidades todas centrando-se apenas em algumas questões de 'sim' e 'não' (Thompson & Dowding, 2009; Marewski *et al*, 2010). Traduzindo-se o processo de decisão num sistema de categorização onde se comparam os vários itens concluindo pela existência de similaridades e de diferenças (Jesus, 2004) (ilustração 6).

Parece então que uma simples regra pode ser uma base adequada para a tomada de decisão. Contudo, é importante notar que a simplicidade reside no julgamento e não na situação do utente. Com estes dados simples e de fácil aquisição, é possível estabelecer o diagnóstico de maior ou de menor risco e assim determinar as intervenções a efectuar. A tomada de decisão processa-se sem necessidade de analisar um grande número de variáveis que podem interferir no diagnóstico (Thompson & Dowding, 2009; Marewski *et al*, 2010).

Este modelo de estudo da racionalidade pressupõe que são necessários princípios para nortear a procura de informação, para concluí-la e para tomar uma decisão. A procura deve ter um objectivo e ser sistematizada. Enquanto a conclusão deve respeitar o limite

temporal e de acesso à informação, utilizando o conceito de satisfação. Uma vez satisfeito, usar esse dado e esquecer o resto das variáveis (Gigerenzer *et al*, 2008).

Ilustração 6 – Algorítmo para admissão numa unidade de cuidados coronários



Fonte: Adaptado de Marewski *et al* (2010).

A heurística pode ser divida em duas classes: uma baseada no reconhecimento e outra baseada no motivo. Na heurística de reconhecimento, a selecção é facilitada pelo facto de uma das opções ser conhecida, originando, maioritariamente, boas decisões em vez de decisões aleatórias. Na heurística de motivo, a selecção é mais complexa porque existe reconhecimento de mais de que uma opção que obriga a outra heurística, pela comparação, resultando na escolha pela melhor opção (Thompson & Dowding, 2009; Marewski *et al*, 2010).

Outra das pesquisas recentes que aponta para a dispensabilidade de uma cognição complexa para um bom julgamento, é apresentado por Gladwell (2010). O autor não concorda com a aplicação do conceito de intuição para descrever reacções emocionais e opiniões

instintivas, pensamentos e impressões que não parecem completamente racionais. Segundo a sua perspectiva, existe um raciocínio lógico e perfeitamente racional, que nos dois primeiros segundos, perante uma situação, nos permite tirar conclusões instantâneas. Trata-se apenas de "pensamento que se processa um pouco mais depressa e funciona um pouco mais misteriosamente que o tipo de decisão deliberada e consciente que associamos normalmente ao «pensamento»" (Gladwell, 2010, p. 330). A sua justificação prossupõe a existência de um outro sistema de decisão que permita avaliações rápidas baseadas em poucas informações. É o denominado 'fatiar fino', ou seja, a capacidade do nosso inconsciente descobrir padrões em situação e comportamentos tendo como fundamento uma experiência de pequena duração. O nosso inconsciente começa a fatiar fino quando entramos numa versão automática, inconsciente e apressada de análise (Gladwell, 2010). Será este tipo de raciocínio que os enfermeiros peritos, segundo Benner (2001), executam perante uma situação onde detêm uma grande experiência e que não conseguem explicitar?

Thompson e Dowding (2009) consideram ainda a teoria de detecção de sinal na análise das teorias de tomada de decisão em enfermagem. Um dos problemas nos estudos de âmbito social sobre julgamento e tomada de decisão é a quantidade de 'ruídos' (informação irrelevante) muitas vezes presente no contexto de decisão e que dificulta a actuação. A teoria de detecção de sinal integra a interpretação, a análise e a integração dos estímulos, envolvendo órgãos dos sentidos e racionalidade num modelo de análise do uso da informação. A teoria alicerçou-se numa abordagem estatística[184] e aplica-se às percepções dos decisores em que a aquisição de informação vai definir o seu critério de decisão. Como a detecção de um estímulo depende de factores não-sensoriais, um estímulo repetido poderá por vezes ser assinalado e outras vezes não. Esta variação pode acontecer por alguma alteração da sensibilidade do decisor ou por mudança de algum factor não sensorial (atenção, motivação). Consequentemente, são tidas diferentes abordagens podendo estar correctas ou incorrectas, tornando-se inevitável o aparecimento de erros e de falhas que deverão ser detectados (Thompson & Dowding, 2009).

Os julgamentos e as decisões em enfermagem, nesta perspectiva, envolvem uma negociação cognitiva dos enfermeiros entre várias hipóteses na obtenção da acção mais correcta face à situação (quadro 8). Assim, perante um contexto de cuidados, o enfermeiro tem quatro variantes de intervenção, baseadas em duas perspectivas antagónicas: 'o utente

[184] A teoria da detecção de sinal surge da adaptação da teoria estatística de decisão sendo desenvolvida não como um modelo de processamento sensorial mas sim como um modelo geral de decisão relativo a uma evidência em que se decide entre o rejeitar ou aceitar uma hipótese (Thompson & Dowding, 2009).

está realmente em risco e devem ser tomadas medidas' ou 'o utente realmente não está em risco e não devem ser tomadas medidas'. Para cada uma das variáveis existem por sua vez, outras duas possibilidades: o 'sim' como correcto, se a versão for de intervenção ou como falso alarme, se a situação não justificar uma intervenção. E o 'não' como falso negativo, se a situação justificar uma intervenção ou como correcto não actuando porque a situação não o justifica. A apreciação dos utentes com base em evidências e o «feedback» da adequação dos seus julgamentos e decisões, leva os enfermeiros, num contacto repetido com outos utentes, a reconhecer quais os sinais que devem procurar. Este resultado aumenta a possibilidade de sucesso na decisão e reduz a possibilidade de ocorrer erros (Thompson & Dowding, 2009).

Quadro 8 – Os possíveis resultados de decisão sim/não, segundo a perspectiva da teoria de detecção de sinal

Decisão	**Estado do ambiente**	
	O utente está em risco. **Deve-se agir.**	**O utente não está em risco.** **Não se deve agir.**
Sim - agir	(1) Certo, resultado correcto Verdadeiro positivo	(2) Falso alarme, resultado incorrecto Falso positivo
Não – não agir	(3) Erro, resultado incorrecto Falso negativo	(4) Rejeição correcta, resultado correcto Verdadeiro positivo

Fonte: Traduzido de Thompson e Dowding (2009, p. 73).

Este sistema dual de resposta assemelha-se a um algorítmico, representado não como uma árvore de decisão, mas numa visão mais ampla, como uma tabela envolvendo quatro hipótese de escolha perante um estímulo. O reconhecimento de padrões, independentemente da forma gráfica que adquirir, é o procedimento esperado pelo perito, segundo a teoria de Benner (2001). Porque a intuição, com base na experiência, permite a associação de sintomatologia em que as categorias são conduzidas à mente de modo automático, ou seja, sem existir qualquer acção consciente. É também possível, neste tipo de categorização, incluir o raciocínio hipotético-dedutivo, assumindo-se como um processo mais consciente. Dessa forma, o modelo de classificação não permite qualquer impedimento entre o comportamento consciente e inconsciente. (Buckingham & Adams, 2000, citado por Jesus, 2004).

Abrangendo as pesquisas realizadas sobre a temática da tomada de decisão, convém distinguir as que foram feitas a nível nacional. Assim, Jesus em 1999, desenvolveu um estudo qualitativo, com a participação de 32 enfermeiros possuidores de curta e larga experiência com utentes de medicina e cirurgia, com o objectivo de descrever comparativamente o

processo de decisão clínica dos enfermeiros principiantes e experientes. Mais especificamente, procurou identificar as estratégias cognitivas e as fontes de informação utilizadas pelos enfermeiros principiante e experientes aquando dos julgamentos clínicos sobre os problemas/diagnósticos dos utentes. Concluiu que existia alguma evidência de diferenças no processo de decisão clínica entre os enfermeiros com diferentes níveis de experiência e de perícia (Jesus, 2000, 2004). Em 2004, Jesus investigou o processo de tomada de decisão clínica de enfermagem em 27 enfermeiras bacharéis, formadas na mesma escola, com semelhante experiência profissional e idade aproximada, identificando relações entre padrões de habilidades cognitivas de pensamento crítico, pensamento criativo e inteligência emocional e padrões de tomada de decisão. Concluiu que o processo de tomada de decisão era composto por estratégias intrínsecas ao pensamento numa sucessão contínua, inter-relacionada e dinâmica. O autor identificou ainda dois padrões de decisão clínica: um de âmbito sistemático, personalizado e de maior proximidade com os utentes e outro de carácter mais funcional, menos metódico e de relacionamento mais superficial (Jesus, 2004). Ambos os estudos, parecem ir de encontro à teoria da Benner (2001) sobre os níveis de desempenho consoante a experiência profissional.

A importância da experiência para a tomada de decisão em enfermagem, foi também reforçada por Neves (2004). Na pesquisa de índole qualitativo que fez a 18 enfermeiros prestadores de cuidados directos numa instituição hospitalar, a autora defrontou-se com o carácter de unicidade de cada momento de decisão. A fundamentação para a tomada de decisão baseou-se na avaliação do utente, da percepção do seu estado emocional e da comparação com aquilo que já conheciam anteriormente da pessoa. A ênfase foi colocada nos sinais e sintomas mais evidentes, que eram facilmente visíveis, perceptíveis e de fácil interpretação, pois a decisão é tomada de acordo com o que se vê, percepciona e interpreta da situação. Desse modo, o que leva cada enfermeiro a decidir-se por determinada decisão era consequência das suas experiências, conhecimentos, princípios, valores e crenças, resultado da sua vivência pessoal e profissional.

Também Fonseca (2006) num estudo qualitativo, a 10 enfermeiros peritos e 10 enfermeiros iniciados [185] de uma instituição hospitalar, e que teve como objectivo compreender que decisões eram tomadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados, como as fundamentavam e que competências utilizavam nas suas tomadas de decisão, encontrou

[185] O autor considerou como 'enfermeiro perito', os enfermeiros com experiência profissional igual ou superior a 9 anos; e os 'enfermeiros iniciados', os enfermeiros com experiência profissional igual ou inferior a 6 meses (Fonseca, 2006).

diferenças significativas nas tomadas de decisão dos participantes peritos em relação aos iniciados. Diferença essa, quer a nível das funções e competências do enfermeiro de cuidados gerais, quer na fundamentação da tomada de decisão e na satisfação do cliente. Assim, os enfermeiros peritos envolviam-se mais nas tomadas de decisão face às suas intervenções autónomas e intervenções interdependentes, do que os enfermeiros iniciados; bem como a identificação das competências era feita de uma forma mais abrangente pelos enfermeiros peritos do que pelos enfermeiros iniciados.

Por outro lado, Martins (2010) através de uma investigação tipo descritiva, de abordagem mista, qualitativa e quantitativa, a 26 enfermeiros de serviços de atendimento urgente/permanentes de centros de saúde, procurou identificar que funções autónomas na tomada de decisão tinham os enfermeiros e como as desenvolviam. Os resultados sugerem que a maioria dos enfermeiros considerou ter autonomia nas actividades de enfermagem e salientaram que tinham liberdade na tomada decisões na qual, a educação para a saúde emergiu como o indicador com nível máximo de autonomia. Paradoxalmente, os dados parecem indicar que a maioria dos participantes refere que o modelo biomédico, é o mais utilizado na sua prática de cuidados.

Tais estudos parecem indicar que embora haja literatura a nível internacional e nacional fundamentando a importância da tomada de decisão em enfermagem e a sua implicação na melhoria dos cuidados, há ainda um caminho a fazer na sua investigação, em Portugal.

Em síntese, embora as teorias sistemático-positivista e intuitiva-humanista forneçam suporte para a compreensão do processo de tomada de decisão parece que nenhuma das duas consegue abarcar, na totalidade, a perspectiva de como os enfermeiros tomam decisões. Daí a teoria do «continuum» cognitivo que combina as versões antagónicas da teoria sistemático-positivista e da intuitiva-humanista englobando, a intuição e a análise, como pólos de raciocínios passíveis de serem executados quando os enfermeiros tomam decisões. Outras perspectivas remetem a fundamentação teórica para abordagens heurísticas e decompõem o processo de tomada de decisão em partes através de uma categorização onde nem sempre é utilizado um raciocínio complexo.

Por um lado, a variedade de teorias que fundamentam o julgamento e a tomada de decisão em enfermagem sugere que mais do que excluir abordagens, o raciocínio desenvolvido pode utilizar uma combinação de vários modelos. Por outro, como a maior parte

de actividade realizada numa tomada de decisão é cognitiva, o que lhe dá uma visibilidade reduzida, é através das teorias que se torna possível a comparação e a análise numa avaliação do que foi feito e a melhorar (Thompson & Dowding, 2009).

A tomada de decisão na prestação de cuidados implica um processo de interacção entre o enfermeiro e o utente alvo de cuidados, de modo a culminar numa tomada de decisão partilhada, como iremos expor de seguida.

4.3 – A tomada de decisão na transacção em enfermagem

A prática de enfermagem requer constantemente, que se tome decisões acerca da saúde e doença dos utentes. Pois, como Thompson *et al* (2013) salientam, em média, os enfermeiros tomam decisões na sua prática de cuidados a cada dez minutos, especificamente, a cada trinta segundos em unidades de cuidados intensivos e mais de dez por cada contacto com cada utente, em visita domiciliária[186]. A capacidade de fazer julgamentos clínicos envolve um processo complexo usando os domínios do conhecimento e do processo de tomada de decisão (Botti & Reeve, 2003). Tomar decisões em enfermagem, indica que além de saber porque uma intervenção é necessária e como fazê-la competentemente, os enfermeiros têm uma responsabilidade profissional de fundamentar, explicar e defender o julgamento e decisões tomadas (Thompson & Dowding, 2009).

A tomada de decisão, no acto de cuidar, é a opção de intervenção de enfermagem que se caracteriza pelos cuidados a prestar em concordância com os objectivos propostos (Collière, 2003)[187]. Cuidar é então

> 'um acto individual' que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um 'acto de reciprocidade' que somos levados a prestar a outra pessoa que tem temporariamente ou definitivamente necessidades de ajuda para assumir as suas necessidades vitais. (Collière, 1999, p. 235-6)

Identificar os cuidados de enfermagem necessários a serem desenvolvidos prossupõe uma ancoragem numa concepção de enfermagem. Só através de uma concepção de cuidados

[186] Estes dados são referentes ao sistema de saúde inglês (Thompson *et al*, 2013).

[187] O reconhecimento da especificidade dos cuidados de enfermagem iniciou-se com Florence Nightingale, em 1859, ao descrever pela primeira vez, por escrito, o que era cuidar. Embora, sem ter explicitamente abordado a natureza dos cuidados, Nightingale ao referir que cuidar faz parte das leis da vida, centra, implicitamente, uma concepção de cuidados no que desperta, acorda e estimula as capacidades para viver (Nightingale, 2005; Collière, 2003). Posteriormente, Virgínia Henderson, em 1965, questiona explicitamente a natureza dos cuidados de enfermagem, relacionando-a com a resposta às necessidades humanas fundamentais, desenvolvidas por Maslow (Henderson, 2004; Collière, 2003). Em 1970, emerge uma tendência para agrupar um conjunto de princípios essenciais em sistemas utilizáveis pelos cuidados de enfermagem, embora com modos de aplicação diferentes. A partir da década de 80, o conhecimento como suporte torna-se indispensável para prestação e qualificação dos cuidados de enfermagem (Collière, 1999; 2003).

que oriente o pensamento que precede a acção, e da capacidade de reconhecimento das necessidades do utente, em conjunto com o conhecimento disponível, só assim é possível prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Paiva, 2003). Com base nesse princípio, optámos pelo modelo teórico de enfermagem de Imogene King como suporte da análise da tomada de decisão no acto de cuidar. A selecção deveu-se ao quadro conceptual sustentado na dimensão social do relacionamento entre o enfermeiro e o utente, enfatizando a determinação de objectivo recíprocos. A interacção, como resultado das acções e reacções entre o utente e o enfermeiro, bem como o conceito de tomada de decisão, elemento chave na transacção em enfermagem, determinaram a nossa opção.

Imogene King[188], teórica de enfermagem, ligada à escola da interacção[189], baseou o seu modelo nas teorias da interacção, da fenomenologia e do existencialismo e centrou o seu interesse sobre o processo de interacção entre enfermeiro e a pessoa cuidada. De acordo com a escola da interacção, o cuidado de enfermagem é um processo interactivo entre uma pessoa que necessita de ajuda e uma outra capaz de lhe oferecer essa ajuda. A fim de estar em condições de ajudar uma pessoa, o enfermeiro deve clarificar os seus valores, utilizar a sua própria pessoa de forma terapêutica e comprometer-se no cuidado. O cuidado é por conseguinte, uma acção humanitária e não uma acção mecânica[190].

A autora baseou-se no interaccionismo simbólico [191] considerando questões relacionadas com a natureza do processo de interacção entre o enfermeiro e o utente para

[188] Mais importante do que a teoria de enfermagem que desenvolveu, Imogene King foi uma das pioneiras na promoção de uma base teórica em enfermagem (Meleis, 2012). A teoria foi desenvolvida nos anos 1970, sendo influenciada pelos acontecimentos culturais e científicos da época e que se traduziu na procura de funcionalidade e objectividade como forma de responder às necessidades de um quadro conceptual próprio e centrado no atendimento das necessidades dos utentes (Moura & Pagliuca, 2004). Da biografia de Imogene M. King, (Estados Unidos, 1923 - 2007) destaca-se que em 1945 completou a sua graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem do Hospital St. Johns, em St. Louis, Missouri. Em 1948 completou o bacharelato em ensino de enfermagem, e em 1957, tornou-se mestre em enfermagem. Em 1961, obteve o título de doutor pela Universidade de Colúmbia, em Nova Iorque. Completou um pós-doutoramento em investigação, estatística e informática. Trabalhou como consultora nas áreas de educação, de administração e hospitalar. Foi membro do corpo docente da St. Johns Hospital School of Nursing, St. Louis; da Loyola University, Chicago; e da University of South Florida (Moreira & Araújo, 2002; Moura & Pagliuca, 2004; Falcão, 2007; Meleis, 2012).

[189] Esta corrente teórica de enfermagem teve como objectivo responder à questão: 'Como é que os enfermeiros fazem o que eles fazem?'(Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

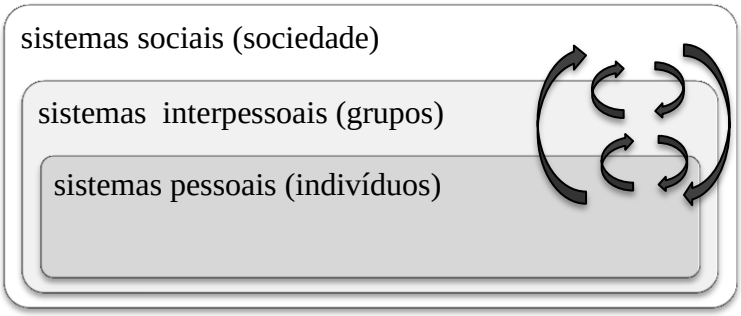
[190] As teóricas de enfermagem da escola de interacção salientam que a Enfermagem deverá possuir os conhecimentos sistemáticos para avaliar as necessidades de ajuda da pessoa, de fazer um diagnóstico de enfermagem e de planificar uma intervenção. Elas entendem que a integridade da pessoa se mantêm, que a pessoa é capaz de reconhecer as suas necessidades e tende para a sua actualização. A doença é considerada como uma experiência humana que pode permitir o crescimento se a pessoa compreender o seu significado. Estas teóricas reintroduziram a intuição e a subjectividade nos cuidados de enfermagem. As teóricas desta escola são Hildegard Peplau, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Ida Orlando, Joyce Travelbee, Ernestine Wiedenbach e Imogene King (Pepin *et al*, 2010; Meleis, 2012).

[191] O conceito de 'interaccionismo simbólico' surgiu em 1937, por Herbert Blumer numa abordagem distinta do comportamento social humano, através de uma perspectiva interpretativa. Esta perspectiva das ciências humanas

servir de guia no estabelecimento de objectivos mútuos dos cuidados de enfermagem. A teoria do interaccionismo simbólico, ao estudar as interacções entre os indivíduos, serve de suporte a uma dimensão de enfermagem em que o enfermeiro ao cuidar, como ser singular, entende como o utente vive o seu mundo, é possuidor de liberdade de acção e capaz de interagir na tomada de decisão (Lopes & Jorge, 2005). O interaccionismo simbólico tem sido bastante utilizado em enfermagem e com resultados positivos por se tratar de uma teoria cujo conceito central é o significado das acções individuais e colectivas construídas a partir da interacção entre as pessoas, visto que os enfermeiros necessitam de saber como se devem relacionar de forma eficaz e interagir com as pessoas ao seu cuidado (Lopes & Jorge, 2005; Carlson, 2012). Estes princípios teóricos, contribuíram para a conceptualização da Enfermagem por King (1984, 1999) em quatro conjuntos de conceitos. Conceitos que são centrais para a área de enfermagem e fornecem as bases sobre as quais ela desenvolveu o seu modelo teórico, começando com a assumpção de que os enfermeiros são seres humanos em interacção com os utentes, como seres humanos, e ambos são sistemas abertos que também interagem com o ambiente. Por conseguinte, o 'sistema pessoal' (enfermeiro e utente) interage um com o outro num 'sistema interpessoal' e com o ambiente a que chama de 'sistema social' (sociedade) (ilustração 7).

surge ligada à escola de Chicago, em 1930, e teve o contributo de George Herbet Mead, John Dewey, W. I. Thomas, Robert E. Park, Willians James, Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, Robert Redfield e Louis Wirth (Blumer, 1969). O autor realça a natureza da vida humana em grupo no qual o comportamento humano não é produto de factores, tais como a motivação, a atitude, a personalidade, ou as exigências da função que desempenham como seres humanos. Pelo contrário, o comportamento é autodirigido e observável, no sentido simbólico e de interacção, permitindo ao ser humano guiar-se pelo comportamento dos sentidos comuns atribuídos, face à aderência a valores, regras, normas e sanções (Blumer, 1969). Os argumentos que serviram de suporte a esta análise assentam no facto de que os seres humanos agem nas situações com base nos significados que as situações têm para eles, significado que é derivado, ou surge, das interacções sociais, e que são manipulados e modificados através de um processo interpretativo (Blumer, 1969). Os quatro conceitos centrais do interaccionismo simbólico definidos por Blumer (1969) são: "(1) people, individual and collectively, are prepared to act on the basis of the meanings of the objects that comprise their world; (2) the association of people is necessarily in the form of a process in which they are making indications to one another and interpreting each other's indications; (3) social acts, whether individual or collective, are constructed through a process in which the actors note, interpret, and assess the situations confronting them; and (4) the complex interlinkages of act that comprise organization, institutions, division of labour, and networks of interdependency are moving and not a static affairs"(p. 50).

Ilustração 7 – Diagrama do quadro conceptual de King



Fonte: adaptado de King (1999).

Os indivíduos são denominados de 'sistemas pessoais', ou seja, o enfermeiro como pessoa, é um sistema total e o utente, como pessoa, é também um sistema total. Os conceitos que se consideram significativos para a compreensão dos seres humanos como pessoas são: (1) percepção; (2) o «self» (3) imagem corporal; (4) crescimento e desenvolvimento; (5) tempo e (6) espaço. Os indivíduos constituem grupos e a formação de grupos gera outro tipo de experiência humana dentro dos 'sistemas interpessoais'. Os conceitos relevantes para a percepção das interacções dos seres humanos são: (1) papel; (2) interacção; (3) comunicação; (4) transacção; (5) «stress» e (6) «coping». Aos grupos pequenos ou grandes, King (1984) denomina de sistemas interpessoais. Alguns destes grupos com interesses e objectivos em comum produzem outro tipo de experiência humana dentro de uma comunidade ou sociedade e são designados de 'sistemas sociais'. As forças sociais estão em permanente movimento dentro dos sistemas sociais influenciando a conduta social, a interacção, a percepção e a saúde, alterações que os enfermeiros testemunham, na sua prática diária. King (1984) agrupa os sistemas sociais nos quais os enfermeiros e os utentes interagem em sistemas familiares, sistemas religiosos, sistemas educativos e sistemas de trabalho. Os conceitos que proporcionam os conhecimentos necessários para que os enfermeiros desempenhem as suas funções numa variedade de sistemas sociais são: (1) organização; (2) poder, autoridade e «status»; (3) tomada de decisão; (4) controlo e (5) realização dos objectivos (King, 1984). Estes 16 conceitos, identificados e definidos pela autora, representam os conhecimentos essenciais que os enfermeiros devem ter para a prestação dos cuidados (King, 2008).

Após a definição dos conceitos essenciais e do modelo conceptual constituído pela interacção dos três sistemas, "then, I selected 10 of the concepts and developed the theory of

goal attainment" (King, 2008, p. 138)[192] resultando numa teoria relativamente acessível, pelo modo como estes conceitos se encontram clarificados e inter-relacionados de maneira lógica e coerente (Meleis, 2012; Moura & Pagliuca, 2004). King (2008) afirma que o modelo do processo de transacção derivou de quatro dos conceitos da 'teoria[193] de alcance de metas'[194]: percepção, comunicação, interacção e transacção, que orientaram a questão de investigação e a interpretação dos dados, neste estudo. Na sua perspectiva teórica, King (1984) apresenta os conceitos da seguinte forma[195]:

- a '**percepção**' é definida como a representação que pessoa tem de si própria e de tudo que faz parte de seu meio e de sua realidade. Como processo de organizar, interpretar e transformar a informação dos dados sensoriais e da memória, torna-se subjectiva, selectiva e pessoal para cada pessoa, embora seja universal porque todas as pessoas tem percepção. Está orientada para o presente, com base na informação disponível, e permite uma interacção dos indivíduos com as situações vividas;

[192] Imogene King, em meados dos anos 1960, desenvolveu um modelo conceptual para enfermagem, como disciplina e ciência. Em 1981 ampliou o modelo conceptual original bem como a bibliografia, interligando os seus conceitos com a organização de assistência à saúde, através de sistemas de atendimentos, e apresentou a teoria de alcance de metas, extraída da estrutura conceptual dos três sistemas inter-relacionados: pessoal, interpessoal e social (King, 2008; Moura & Pagliuca, 2004).

[193] King (1999) define teoria como "the identification of a set of concepts, which, when defined, correspond to observable phenomena and are interrelated" (p. 292).

[194] King (1984) na 'teoria de alcance de metas' realçou os conceitos de percepção, comunicação, interacção, transacção, papel, «self», «stress», crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço.

[195] A definição dos restantes conceitos é exposta por King (1984) como: o '**papel**' está relacionado com um grupo de comportamentos, definidas pelos direitos e os deveres, e que se espera de quem ocupa uma determinada posição dentro de um sistema social. O conceito de papel exige que os indivíduos comuniquem entre si e se relacionem de forma a alcançar objectivos perante a variedade das situações percepcionadas. Se o papel de cada um não estiver de acordo com a situação, poderá haver conflito de papéis e aumentar o «stress» no ambiente; o '«**self»** 'é a concepção que cada indivíduo tem de si e do que é capaz de fazer e ser, como pessoa inteira. É um sistema aberto, dinâmico e orientado para uma meta, diferenciando-se do «self» de cada pessoa pelos valores, vivências e percepções face ao estádio de crescimento e desenvolvimento; o '«**stress»**' é definido como um estado dinâmico através do qual um ser humano interactua com o meio ambiente para manter o equilíbrio necessário ao crescimento, desenvolvimento e desempenho, implicando um intercâmbio de energia e informação entre a pessoa e o meio ambiente de modo a regular e controlar as causas do «stress». Tem uma dimensão temporal e espacial e é individual, pessoal e subjectivo, na medida em que as pessoas respondem aos acontecimentos da vida com base nas suas percepções e interpretação dos acontecimentos; '**crescimento e desenvolvimento**' são conceitos que implicam mudanças celulares, moleculares e comportamentais nos indivíduos. Descrevem os processos que ocorrem ao longo da vida e, como um potencial a atingir, estão dependentes da herança genética, das experiências significativas e do meio ambiente; o '**tempo**' é definido como a duração entre um acontecimento e outro. É uma sequência de acontecimentos que se movem para o futuro influenciados pelo passado. É intrínseco aos processos de vida (universal) mas está baseado na individualidade da pessoa e do significado da sua percepção à sucessão de acontecimentos na vida (relativo e subjectivo). É unidireccional, move-se do passado para o futuro e pode ser mensurado, pela percepção humana do tempo variável de pessoa para pessoa; o '**espaço**' é conceptualizado como a área física (território) e pelos comportamentos dos que o ocupam. O espaço pessoal move-se com a pessoa e não tem limites visíveis, ao contrário do território. Todas as pessoas têm um conceito de espaço (universal) mas é entendido de uma forma única por cada pessoa e de acordo com a situação (pessoal e situacional). O espaço tem função dimensional (área, volume, distância e tempo) e transaccional (a percepção de uma situação determina as transacções) (King, 1984).

- a '**comunicação**' como o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os indivíduos. Como parte integral do processamento da informação, tem como objectivo de facilitar a cooperação e a interacção entre os indivíduos. No sistema aberto ser humano-ambiente, existe uma comunicação contínua e dinâmica em duas dimensões: intrapessoal e interpessoal. Nesta, a comunicação pode ser verbal ou não verbal;
- a '**interacção**' é um processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o meio ambiente; entre díades, tríades ou em grupos, manifestado por comportamentos observáveis visando obter os objectivos. Quando uma pessoa interage com outra ocorre uma acção que vai resultar numa reacção, porque essa pessoa reage em presença da outra. O desenvolvimento dessa reacção vai determinar se a interacção continua ou não;
- a '**transacção**' é um processo de interacção no qual os seres humanos se põem em contacto com o seu ambiente a fim de alcançarem metas significantes. São únicas porque dependem da realidade de cada indivíduo e das suas percepções pessoais. A comunicação é uma componente da transacção visto que o ser humano comunica segundo as suas percepções com pessoas, acontecimento e meio ambiente. Têm uma dimensão temporal e espacial e quando ocorrem reduzem o «stress» da situação.

Com base nas preposições[196] da teoria referidas, King (1984) afirma que se houver uma percepção precisa nas interacções, ocorrerão transacções; se o enfermeiro e o utente constituírem uma transacção, os objectivos serão alcançados; se os objectivos forem alcançados, ocorrerá satisfação e cuidados de enfermagem efectivos; se ocorrerem transacções na interacção entre enfermeiro e utente, o crescimento e o desenvolvimento serão maximizados; se a perspectiva e desempenho do papel, tanto do enfermeiro como do utente forem congruentes, haverá transacção; se houver conflito de papéis ocorrerá tensão e «stress»; se o enfermeiro, com conhecimentos e habilidades especiais, comunica informações apropriadas, estabelecer-se-ão objectivos mútuos e alcançar-se-ão os objectivos; o conhecimento de si, enquanto enfermeiro, potenciará a relação com os utentes; percepções precisas de tempo e espaço nas interacções entre enfermeiro e utente levam a transacções (King, 1984; Meleis, 2012; Moura & Pagliuca, 2004).

[196] Tendo em conta a função de uma teoria como um sistema dinâmico, King (1984) define preposição como uma afirmação verdadeira acerca de uma teoria.

O enquadramento conceptual do modelo teórico de King (1984) vai de encontro ao metaparadigma de enfermagem, apresentando os conceitos de 'saúde', 'pessoa', 'ambiente' e 'cuidados de enfermagem', como defendido pela OE, nos Padrões de Qualidade de Cuidados e das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2001).

A teoria focaliza-se na interacção entre o enfermeiro e o utente, e no processo de tomada de decisão, fornecendo orientações e fundamentação para a tomada de decisão (Meleis, 2012) [197]. Os limites de enfermagem são os indivíduos e os grupos em interacção com o meio ambiente. Os enfermeiros desempenham os seus papéis em diferentes ambientes de cuidados de saúde. Teoricamente, King (1984) define os individuos (**pessoa**)

> como seres sociales que razonan y están conscientes. Mediante el lenguaje, los seres humanos han encontrado una manera simbólica de comunicar pensamientos, acciones, costumbres y creencias. Las personas muestran algunas características comunes, tales como capacidad de percibir, pensar, sentir, seleccionar alternativas entre diferentes cursos de acción, fijar objetivos y seleccionar los medios para lograrlos, y tomar decisiones. Estas características indican que los seres humanos son seres que piensan y actúan. (King, 1984, p. 31-32) (ilustração 7)

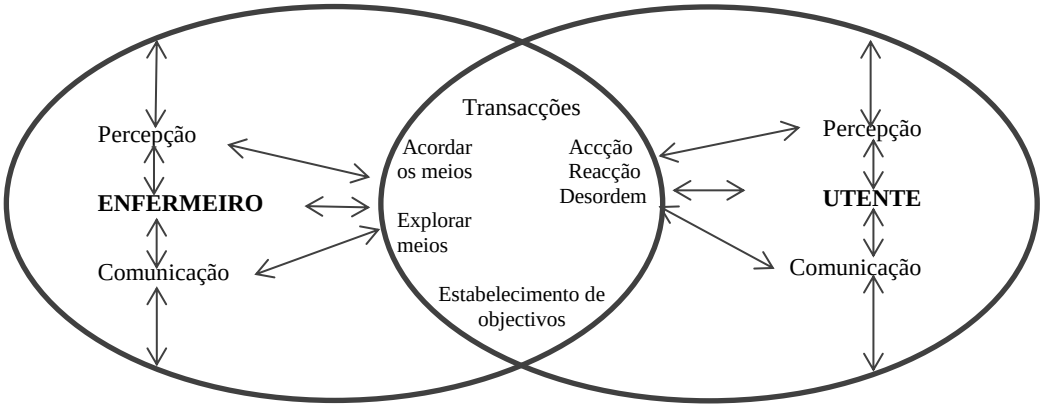
No processo de interacção humana, os indivíduos reagem a pessoas, aos acontecimentos e aos objectivos com base nas suas percepções, expectativas e necessidades. Por outras palavras, os indivíduos reagem a expectativas que cada um tem da situação e em função das suas próprias expectativas individuais e dos objectivos do meio ambiente (King, 1984).

O conceito de **enfermagem**[198], é apresentado por King (1984) "como un proceso de acción, reacción e interacción en el la enfermería y el enfermo comparten información acerca de sus percepciones en la situación de enfermaría" (King, 1984, p. 14). Através da comunicação identificam-se as metas, os problemas e os interesses específicos, sobre os quais o enfermeiro explora os meios de alcançar os objectivos e partilha com o utente. Este, quando participa no estabelecimento dos objectivos, interage com o enfermeiro na obtenção dos resultados em quase todas as situações (ilustração 8). De uma forma mais sucinta, King (1984) refere que enfermagem é perceber, pensar, relacionar, avaliar e actuar frente a frente com os indivíduos que necessitam dos seus cuidados. A Enfermagem tem como finalidade "ayudar a que los individuos a conserven su salude para que puedan desempeñar sus roles. El área de la enfermaría incluye la promoción de la salud, mantenerla y restauraría, cuidados al enfermo y lesionado y cuidado a los moribundos" (King, 1984, p. 16). Posteriormente, King

[197] Através de um modelo de análise de teorias, Meleis (2012) apresenta uma análise objectiva e fundamentada da teoria de Imogene King, reforçando a sua importância para o desenvolvimento da Enfermagem.
[198] Implicitamente, o conceito de 'enfermagem' abrange o conceito de 'cuidados de enfermagem'.

(1999) abrange a ajuda como finalidade de enfermagem, não só a nível individual, mas também a grupos, para alcançarem, manterem e recuperarem o estado de saúde (Meleis, 2012).

Ilustração 8 – Diagrama esquemático da teoria de alcance de metas, segundo King



Fonte: Traduzido de King (1984, p. 164)

Ter um conceito de **saúde** era essencial para que os enfermeiros pudessem ajudar os indivíduos a alcançar os seus objectivos de saúde, como refere King (1984). A autora define saúde como "as experiencias dinámicas en la vida de un ser humano, la cual implica continuos ajustes a tensiones en el ambiente interno y externo a través del aprovechamiento óptimo de los recusos de un para lograr el potencial máximo en la vida diaria" (King, 1984, p. 17) (ilustração 7). Mais tarde, King (1999) na revisão que fez da teoria, inclui no conceito de saúde, a capacidade para funcionar no seu papel social e identifica-o como um processo de crescimento e desenvolvimento (Meleis, 2012).

Um dos objectivos de vida é manter um nível de saúde que permita à pessoa realizar as actividades diárias de forma a ter uma vida relativamente útil, satisfatória, produtiva e feliz. Este bom funcionamento depende da harmonia e do equilíbrio do meio ambiente pessoal de cada indivíduo. Através destes marcos, King (1984) inclui o **ambiente** como mais um dos conceitos abstractos da sua teoria reforçando a importância do ambiente interno de cada indivíduo para fazer face e se adaptar às alterações contantes do ambiente externo. Embora King (1984) não o tenha explicitamente definido, implicitamente, apresenta o ambiente como um sistema organizado e delimitado de regras sociais, comportamento e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos de regulação de práticas e de regras. O enfermeiro é considerado como elemento do ambiente do utente (King, 1984; Meleis, 2012; Moura & Pagliuca, 2004) (ilustração 8).

King (1984) considerou questões relacionadas com a natureza do processo de interacção para servir de guia no estabelecimento de objectivos comuns dos cuidados de enfermagem e da avaliação dos seus significados. A teoria implica vários pressupostos[199], explícitos e implícitos, que abordam a relevância do envolvimento da pessoa no processo de tomada de decisão, a importância da colaboração e os factores humanísticos do encontro entre o enfermeiro e o utente (quadro 9) (King, 1984; Meleis, 2012).

Emergindo a interacção como um dos conceitos centrais em enfermagem, King (1984) contribuiu, substancialmente, para o conhecimento em enfermagem. Tornou possível clarificar e aperfeiçoar o que se considerava teoria, ao descrever e dar respostas a questões relacionadas com a interacção enfermeiro-utente e a elaboração de objectivos. O processo de enfermagem, método pelo qual os enfermeiros organizam e desenvolvem o seu trabalho na prática[200], passa a ser entendido como uma sistematização dos cuidados de modo a que sejam alcançados os objectivos propostos (Meleis, 2012). Para King (1999) "the nursing process (assess, diagnose, plan, implement, and evaluate) have been the way that critical thinking has been structured and taught in most nursing programs" (p. 295).

[199] O marco conceptual da teoria desenvolvida por King (1984) está baseado num pressuposto abrangente de que o objecto de estudo de enfermagem é as interacções dos seres humanos com o ambiente, as quais promovem um estado de saúde que lhes permite desempenhar os seus diferentes papéis sociais.

[200] Método científico da disciplina de enfermagem baseado em estratégias de comunicação e de interacção para a prática de enfermagem (Meleis, 2012). O processo de enfermagem é uma abordagem científica de resolução de problemas respeitante às questões de saúde relacionadas com o doente (Campbell, 2008).

Quadro 9 – Pressupostos do quadro conceptual de King

Tipo de pressupostos	Pressupostos
Pressupostos Explícitos	O foco central da Enfermagem é a interacção entre os seres humanos e o meio ambiente com o objectivo de manter um nível de saúde para o ser humano
	Os indivíduos são seres sociais, conscientes, racionais, reactivos, entendedores, intencionais, orientados para a acção e orientados no tempo
	O processo de interacção é influenciado pelas percepções, objectivos, necessidades e valores do utente e do enfermeiro
	Os indivíduos têm o direito de saber o que lhes sucede, participar nas decisões que influenciem a sua vida, a sua saúde e os serviços de saúde comunitários
	Os profissionais de saúde têm o dever de partilhar informação que ajude os indivíduos a tomar decisões conscientes acerca da sua saúde
	Os indivíduos têm direito de aceitar ou rejeitar cuidados de saúde
	Os objectivos dos profissionais de saúde e dos utentes podem ser incongruentes
	Os seres humanos estão em constante transacção com o seu ambiente interno e externo
	Os indivíduos são espirituais
Pressupostos Implícitos	Os utentes querem participar activamente no seu processo de cuidados[201]
	Os utentes são seres conscientes, activos e cognitivamente capazes de participarem nas tomadas de decisão
	Todos os indivíduos devem ser respeitados como seres humanos de igual valor e de acordo com os seus valores

Fonte: Adaptado de King (1984, 1999) e de Meleis (2012).

Historicamente, o processo de enfermagem sofreu algumas mudanças ao longo do tempo para fazer face às tendências e contextos de saúde que foram surgindo, caracterizando-se em três gerações, como defendem Pesut e Herman (1998) na revisão histórica sobre o processo de enfermagem que efectuaram[202]. A existência de três fases distintas do processo de enfermagem foi determinada pelo desenvolvimento do conhecimento e pelas forças operativas durante a sua formação (Pesut & Herman, 1998), permitindo uma taxonomia de enfermagem adequada a cada época (Meleis, 2012). Primeiramente, entre 1950 a 1970, predominou uma geração do processo de enfermagem denominada de 'problemas e processos'; seguida da geração de 'diagnóstico e raciocínio' entre 1970 a 1990 para posteriormente emergir a terceira fase, designada de 'especificação e verificação de resultados', segundo a classificação de Pesut e Herman (1998).

Embora os trabalhos nesta área tenham sido iniciados em meados do século passado, o processo de enfermagem foi introduzido, por Ida Orlando, em 1961 tornando-se um tema

[201] Ao longo do estudo consideramos 'processo de cuidado' como um sistema de interdependência, baseado nas necessidades dos utentes e no conjunto de determinado número de actos individuais de enfermagem, tendo em vista a independência da pessoa alvo dos cuidados (Amendoeira, 2008).

[202] Os autores fundamentam um novo modelo de raciocínio clínico que denominaram de OPT (Outcome-State, Present-State e Testing), como referenciado na pág. 103, através de uma análise histórica sobre o processo de enfermagem e da necessidade de mudança de paradigma.

central nas publicações de enfermagem (Marquis & Huston, 2012; Meleis, 2012). A necessidade de o enfermeiro pensar antes de agir, levou ao aparecimento de um método de abordagem do processo de prestação de cuidados baseado num método de resolução de problemas – apreciação, planeamento, intervenção e avaliação (Pesut & Herman, 1998). Neste período de 'problemas e processos', os programas de educação em enfermagem focavam-se nos problemas e os cuidados de enfermagem eram direccionados para as soluções. Perante uma apreciação onde era identificado um problema específico, os cuidados de enfermagem eram definidos e determinados para a procura de solução do problema. A utilização deste modelo de processo de enfermagem no contexto de prática foi útil para os enfermeiros em fase inicial de vida profissional porque lhes oferecia uma estruturação do pensamento e da acção perante situações específicas. Muitos destes problemas e intervenções eram previsíveis tornando premente a necessidade de categorização e standardização. Contudo, o seu uso também originou alguma rotinização na identificação e na resolução dos problemas dos utentes pela prevalência de um ritual, de tradições e de procedimentos em substituição do pensamento. Muitos dos problemas e das intervenções de enfermagem estavam relacionados com as condições fisiopatológicas[203] e pouco com os problemas específicos dos utentes (Jesus; 2004[204]; Pesut & Herman, 1998).

A preocupação e a necessidade de compreender os diagnósticos de enfermagem bem como o raciocínio diagnóstico, que lhe servia de base, não encontrando eco no modelo de resolução de problemas, impulsionaram a mudança que ocorreu segundo Pesut e Herman (1998), em 1973, através da American Nurses Association, com a inclusão do conceito de 'diagnóstico' ao modelo anterior. Nesta geração de 'diagnóstico e raciocínio', o processo de enfermagem passa a ser composto por cinco etapas – apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. A formação e a investigação centraram-se em desvendar a complexidade do raciocínio diagnóstico sugerindo um processo de pensamento mais organizado que permitisse aos enfermeiros maior facilidade em gerir a informação e em tomar decisões. Tal deveu-se ao facto do raciocínio diagnóstico ser apresentado como um modelo de etapas, iniciado previamente ao contacto com o utente, e que abrangia a procura de informação, o seleccionar da recolha de dados, a conjugação de sinais e sintomas, a

[203] Os cuidados eram direccionados para uma evolução da situação patológica ou de uma intervenção cirúrgica do utente, surgindo a terminologia de caminhos críticos («critical paths»), no processo de enfermagem e no contexto da prática clínica (Jesus; 2004; Pesut & Herman, 1998).

[204] O autor apresenta uma revisão histórica do processo de enfermagem baseada, entre outros autores, na categorização elaborada por Pesut e Herman (1998).

formulação de hipóteses, a procura de sinais e sintomas significativos e, por fim, o testar das hipóteses, seleccionando a mais adequada à obtenção do diagnóstico. O processo de enfermagem deixa de ser considerado como um processo lógico de resolução de problemas, sendo influenciado pela investigação efectuada na área das teorias da tomada de decisão e da «grounded» teoria. Surge assim, um questionamento sobre as vantagens e desvantagens do processo de enfermagem para além da prática e da formação e que se reflectiu na literatura de enfermagem. Parte desses debates estão relacionadas com uma definição pouco clara e uma disparidade de termos relativos ao 'processo diagnóstico', 'tomada de decisão', 'raciocínio clínico' e 'julgamento clínico', como já referido anteriormente[205] (Jesus, 2004; Pesut & Herman, 1998).

A influência da investigação levada a cabo por Benner e equipa de colaboradores, nos anos de 1980, revelou que os enfermeiros têm diferentes níveis de raciocínio consoante a experiência profissional que detêm. Os estudos também indicaram que os enfermeiros peritos, por vezes, confiam na experiência, na intuição[206] e numa combinação de saberes práticos e académicos, em detrimento do processo de enfermagem. Emergiu, como destaque, o papel da intuição e da pessoa como foco do raciocínio acerca da necessidade dos cuidados. Evidencia--se ainda neste período, a especificação e avaliação dos resultados, pelos sistemas de prestação de cuidados de saúde, minimizando a abordagem dos cuidados de enfermagem centrados nos problemas (Jesus, 2004; Pesut & Herman, 1998).

Toda esta aquisição de conhecimento em enfermagem que se foi desenvolvendo, assente em diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, proporcionou, nos anos 1990, um vocabulário clínico para o raciocínio clínico em enfermagem. O desenvolvimento de sistemas de classificação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, requereu novos modelos de raciocínio, distintos, para se adequar aos conhecimentos emergentes. Nesta geração, a enfase na 'especificação e verificação de resultados', foram factores relevantes para uma mudança de paradigma do processo de enfermagem. Tendo como suporte, a capacidade dos enfermeiros aderirem a um pensamento crítico reflexivo, este modelo de processo de enfermagem, relaciona as diversas taxonomias e permite o desenvolvimento de teorias significativas para a Enfermagem.

[205] Ver pág. 134-135.

[206] Nem todo o conhecimento inerente à experiência pode ser apresentado por estratégias analíticas que dependem da identificação de todos os componentes presentes na tomada de decisão. Contudo é possível descrever as intenções, as previsões, os significados e os resultados que caracterizam a prática perita. A intuição, surge então como resposta de uma prática assente em máximas que permitem um processamento rápido das informações bem como, identificar uma área de decisão clínica (Benner, 2001).

Pela perspectiva histórica citada, parece-nos que o modelo de King se aproxima mais da fase de 'especificação e verificação de resultados', centrado na interacção entre enfermeiro e utente em contexto de cuidados, ancorado num pensamento crítico e numa reflexão sobre a acção.

Para King (1999), as intervenções de enfermagem representam uma sequência de comportamentos, visíveis e invisíveis, verbais e não-verbais. Quando o enfermeiro e o utente se encontram em qualquer situação, há sempre algum tipo de acção envolvido, no qual cada um percebe o outro e a situação e através da comunicação, fixam objectivos, exploram os meios e acordam quanto aos mesmos para alcançar os objectivos. Acção é uma sequência de comportamentos de pessoas em interacção que inclui: "(1) recognition of presenting conditions; (2) operations or activities related to the condition or situation; and (3) motivation to exert some control over the events to achieve goals" (King, 1999, p. 294). Dentro desta interacção, o enfermeiro recebe informação, observa e avalia parâmetros, sobre os quais interpreta e dá informações apropriadas para ajudar o utente a estabelecer os objectivos. Por sua vez, o utente observa o enfermeiro, levanta questões, dá informações e participa na determinação dos seus objectivos (King, 1984). Quando o enfermeiro e o utente estabelecem uma compreensão mútua da situação, definem em conjunto os objectivos a serem alcançados pelo utente e quais os meios para os atingir, ocorre uma transacção. Este processo de transacção, representa uma série de acções do enfermeiro e utente, revelando acção, reacção, interacção e transacção que conduzem à realização dos objectivos. As transacções estão direccionadas para a saúde e podem ser observadas em interacção enfermeiro-utente e nas interacções familiares (King, 1999). Na complexidade dos cuidados, pela sua natureza incerta[207], a transacção permite uma tomada de decisão participada, indo de encontro às reais necessidades de cuidados do utente.

O processo de enfermagem é assim um processo de cuidados, sistematizado, que se utiliza em todas as situações de enfermagem. Processo que identifica e fundamenta algumas das intervenções essenciais de enfermagem tais como a avaliação da saúde dos utentes, a formulação de um plano de acção e avaliação da sua efectividade. A teoria de King regulamenta uma base teórica para o processo de enfermagem e fornece um conhecimento básico de enfermagem como um processo de interacções que conduzem a transacções.

[207] A natureza incerta dos cuidados de saúde está relacionada com o diagnóstico, prognóstico ou intervenções, em que uma das incertezas está relacionada com a informação insuficiente para adequar o diagnóstico, o prognóstico, ou o efeito das intervenções. Outra das incertezas depende da variação natural da compreensão, cognição e condição física do utente e do enfermeiro (Thompson & Dowding, 2009).

Proporciona uma sistematização em enfermagem, permitindo identificar e registar os problemas e as necessidades dos utentes, bem como estabelecer objectivos a curto, médio e longo prazo, avaliando a sua obtenção pelos resultados de evolução, monitorizar a efectividade do cuidado de enfermagem, e avaliar a sua qualidade. Registo que funciona como uma base estrutural num trabalho de equipa alargado, possibilitando dessa forma, uma avaliação dos cuidados prestados (King, 1984; Moreira & Araújo, 2002).

Como refere Paiva (2003), "a tomada de decisão aplicada à enfermagem, concretiza-se no processo de enfermagem" (p. 84). O planeamento dos cuidados de enfermagem requer decisões acerca dos objectivos de saúde que se pretendem alcançar para os utentes e suas famílias. Segundo King (1984), a tomada de decisão é um processo em que se selecciona uma alternativa de entre muitas, com base em factos e valores, onde se põe em prática as ideias que implicam a decisão e se avalia a obtenção de objectivos. A autora realça a importância da tomada de decisão como elemento regulador de actividades em qualquer organização, bem como na vida diária de todos os seres humanos. Na sua perspectiva, existem três componentes em cada decisão: o processo; quem toma a decisão e a decisão que se toma (King, 1984).

A tomada de decisão pode ser caracterizada, nas palavras de King (1984), da seguinte forma:

- As decisões regulam a vida e o trabalho de cada pessoa – a própria acção ou resposta humana é resultante de um processo de tomada de decisão. As decisões são baseadas normalmente em valores, objectivos, conhecimentos e experiências passadas de cada um, sendo por isso individuais, pessoais e subjectivas.
- As decisões dependem das circunstâncias – O contexto no qual se tomam as decisões está relacionado com a situação específica do momento, influenciada pelo tempo, a quantidade de informação e as pessoas intervenientes. A percepção da pessoa que toma as decisões repercute-se na selecção das alternativas.
- A tomada de decisão é um processo contínuo – Há um processo contínuo na decisão racional através da interpretação dos factos e da relação dos valores com os objectivos. É um processo dinâmico presente no curso da vida e das organizações. A tomada de decisão é suportada em várias outras decisões que se tomam.
- As decisões estão orientadas para os objectivos – A tomada de decisão inicia-se como um processo intencional e consciente quando os que vão tomar decisão identificam e esclarecem os objectivos, seleccionam de entre várias alternativas uma que tenha menor carga negativa e avaliam a possibilidade dos objectivos serem

atingidos. A finalidade é seleccionar um curso de acção eficaz e eficiente para obter os melhores resultados. As decisões podem ser alteradas com base em novas informações ou novos objectivos.

Para King (1984) a tomada de decisão compreende uma situação específica ou um problema. O conceito de tomada de decisão consiste em

> definir el problema, analizar los datos obtenidos y seleccionar la mejor alternativa para el curso de acción en términos de objetivos ponderando los riesgos contra las ganancias, la economía del esfuerzo, tiempo y la limitación de recursos. La decisión se traduce en un plan de acción. (King, 1984, p. 140) (ilustração 9)

Avalia-se a efectividade da tomada de decisão na obtenção dos objectivos propostos ou na resolução de um problema, com o menor gasto económico, a menor quantidade de energia usada e o menor transtorno causado na organização (King, 1984).

Ilustração 9 – As etapas do processo de tomada de decisão, segundo King



Fonte: adaptado de King (1984).

O processo de tomada de decisão requer informação. Nos cuidados de enfermagem, esta necessidade de informação significa uma informação compartilhada entre o enfermeiro e o utente, respeitando os aspectos éticos. Para se atingir os objectivos traçados em comum, pelo enfermeiro e pelo utente, não pode haver retenção de informação porque desta forma a tomada de decisão não terá em conta todos os aspectos intervenientes e não será ajustada à finalidade (King, 1984). Nos contextos de cuidados, a fonte de informação engloba a pessoa e os conhecimentos do profissional que enfrenta a situação. Quando a informação é partilhada pela pessoa e pelo profissional podem ser tomadas decisões conscientes acerca da sequência da acção a desenvolver. Quando os utentes participam nas decisões que influenciam a sua vida, há menos resistência em pô-las em prática e em aprender o que é necessário. O enfermeiro deve de estar consciente da ajuda que a pessoa necessita para tomar decisões e a necessidade que tem de intervir na tomada dessas decisões (King, 1984).

A informação assim partilhada potencializa uma tomada de decisão consciente sobre a acção a desenvolver. Porque, como refere Campbell (2008), o enfermeiro e o utente são parceiros iguais nesta interacção social. A importância da comunicação para a tomada de decisão encontra eco nas palavras de Campos e Graveto (2009)[208], pois

> para uma decisão clínica efectiva, a informação é fundamental: ela dá poder de controle ao cliente e é confortante, pois o cliente sabe o que esperar (…) Face a isso, é crucial que os enfermeiros estejam despertos e consigam contornar e adaptar a linguagem a cada doente, lembrando que a pessoa é parte do processo de decisão (…) As decisões sobre os cuidados podem ser enquadradas, em Enfermagem, em dois cenários antagónicos: a tomada de decisão pode estar centrada nos objetivos do enfermeiro, sendo tomada por terceiros, pela e para a pessoa e sua circunstância ou a decisão é tomada com e para o cliente, através da negociação de estratégias e estabelecimento de resultados em conjunto. (p. 141)

Para King (1984), a procura de informação inclui a utilização da informática e dos sistemas de informação pelo processamento de uma grande quantidade de dados, facto importante para uma tomada de decisão em enfermagem. Esta informatização da documentação, inovadora para a época, está cada vez mais enraizada no dia-a-dia dos enfermeiros e assume-se como fundamental, ao nível do processo de enfermagem, pela integração e interpretação de complexas informações clínicas para a tomada de decisão (Évora, 2007; Lima & Melo, 2011).

Nas situações de cuidados, King (1984) refere que o conhecimento e a habilidade são essenciais para a tomada de decisão. No entanto, Neves (2004) criticamente expõe que em inúmeras situações, os enfermeiros optam por "intervenções com uma decisão pouco ou nada fundamentada, sendo mais uma decisão circunstancial baseada em hábitos, rotinas, ou rituais profundamente enraizados na prática" (p. 46). Será esta uma das manifestações do enfermeiro perito (Benner, 2001), que apreende a situação rapidamente pela experiência que tem, já como refere Bourdieu (1989), o «habitus» é um conhecimento adquirido[209]? Ou demonstrará, pelo contrário, um centrar das intervenções na tecnicidade com um processo analítico subjacente, influência do modelo biomédico ainda presente na prática de enfermagem?

Compreende-se então, que o processo de enfermagem, através das suas etapas sequenciais, é um modelo de pensamento crítico em enfermagem que promove um nível de competência dos cuidados (Alfaro-LeFevre, 2014). E que a tomada de decisão em

[208] Trabalho desenvolvido, a nível nacional, e que consistiu numa revisão de literatura a três artigos de investigação da área da Enfermagem sobre o tema: decisão clínica partilhada. Teve como objectivo a análise do papel do enfermeiros e do utente no processo de tomada de decisão em contextos da prática clínica (Campos & Graveto, 2009).

[209] Para o autor, o «habitus» incide num capital, num 'haver', numa disposição incorporada, quase postural que se adquire como resultado de uma ocupação estável e duradora de uma qualquer posição dentro do mundo social, e que por sua vez, restringe o pensamento e a acção de escolha (Bourdieu, 1989).

enfermagem é um processo, amplo e complexo, de resolução de problemas e julgamento clínico, sobre situações de saúde dos utentes e dos cuidados que necessitam, constituído, maioritariamente, como as etapas do processo de enfermagem: apreciação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Wang, Chien & Twinn, 2011). Deste modo, corroborando a opinião de Marquis e Huston (2012) de que o processo de enfermagem é um modo de tomar decisões com uma base mais científica, existe um paralelismo entre o processo de enfermagem e o processo de tomada de decisão.

Com estes princípios, foi possível interrelacionar o processo de tomada de decisão com o processo de enfermagem, tendo por base o processo de transacção, segundo a perspectiva de King (1984, 1999). No quadro 10, apresenta-se a relação entre o processo de enfermagem (King, 1999), o processo de transacção (King, 1999) e o processo de tomada de decisão (King, 1984). Os conceitos estruturantes da transacção parecem servir de suporte aos processos de raciocínio, quer no processo de tomada de decisão, quer no processo de enfermagem. O processo de transacção emerge como crucial para a prestação de cuidados, como defende King (1999), em qualquer situação de cuidados, seja na comunidade, seja em instituição hospitalar.

Quadro 10 – Processo de enfermagem: método, teoria e tomada de decisão, segundo King

Processo de acções interrelacionadas	Processo de conceitos interrelacionados	Processo de tomada de decisão
Apreciação	Percepção entre enfermeiro e utente	Definição do problema
Diagnóstico	Comunicação entre enfermeiro e utente	Análise dos dados obtidos
	Interacção entre enfermeiro e utente	
Planeamento	Definição mútua de objectivos	Selecção da melhor alternativa
	Concordância de meios a utilizar para atingir os objectivos	
	Transacção realizada	
Implementação	Exploração dos meios acordados para atingir os objectivos	Plano de acção
Avaliação	Objectivos atingidos. Senão, porque não?	Avaliação

Fonte: Adaptado de King (1984, 1999).

A teoria de King (1984, 1999) aborda explicitamente a racionalidade do ser humano e desenvolve conceitos relacionados com utentes que podem compreender, interpretar e resolver problemas. No entanto, tal como Meleis (2012) criticamente indica, parecem existir

restrições na aplicação da teoria em algumas situações de enfermagem, nomeadamente em utentes com alteração do nível de consciência ou problemas mentais e pessoas que não tenham percepção de um problema de saúde. Todavia, pela estruturação do pensamento crítico de enfermagem e pelo carácter interaccionista da relação entre enfermeiro e utente, torna-se um modo adequado para estudar seres humanos em interacção com o ambiente face às mudanças e complexidade das organizações de saúde[210] e para o ensino de enfermagem[211] (Campbell, 2008; Falcão, 2007; Meleis, 2012; Moreira & Araújo, 2002; Moura & Pagliuca, 2004). No caso da nossa pesquisa, estes factores preponderantes, quer os de adequação, quer as limitações, foram tidos em conta na análise da díade composta pelo estudante e pelo utente.

Resumidamente, toda a teoria de King é sustentada na assumpção da importância do envolvimento do utente nos seus cuidados, bem como no processo de decisão, no significado da cooperação, no encontro humanitário entre enfermeiro e utente; e nas transformações dinâmicas do ambiente. Salienta igualmente, o suposto envolvimento das percepções do enfermeiro, dos seus objectivos, necessidades e valores, e não só os dos utentes, e que estes são susceptíveis de influenciar o processo de interacção e, consequentemente, os resultados (King, 1984, 1999; Meleis, 2012).

Evidencia-se, por um lado, uma abordagem de enfermagem mais humanista, declinando a exclusividade dos aspectos técnicos e científicos, como predominantemente privilegiados. Por outro lado, o cuidado de enfermagem deixa de estar centrado na doença e focaliza-se na pessoa alvo dos cuidados, fugindo de uma visão essencialmente biológica, para assentar numa interdependência e não na hierarquização multidisciplinar. A família deixa de ser considerada apenas como respeitadora das orientações dos profissionais de saúde para passar a ser ouvida, ter a sua opinião e a sua participação incentivada em todo o processo de cuidar (King, 1984, 1999; Moreira & Araújo, 2002).

Os professores de enfermagem devem preparar a geração futura para tomar decisões em diversas condições de trabalho (King, 1984), motivo pelo qual se torna importante compreender como se faz a aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes de enfermagem.

[210] Permite implementar uma prática ancorada numa base teórica de enfermagem e assim desenvolver cuidados de qualidade, quer seja em ambiente hospitalar, quer no âmbito da comunidade (King, 1999).
[211] Em alguns cursos de enfermagem nos Estados Unidos da América, a teoria de King tem sido utilizada como modelo conceptual, pois como a evidência sugere, o seu modelo fornece um enquadramento teórico adequado aos currículos de enfermagem (Meleis, 2012).

4.4 – O estudante de enfermagem e a tomada de decisão

A tomada de decisão é a pedra angular das competências em enfermagem (Baxter & Rideout, 2006; Baxter & Boblin, 2008) e as decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros traduzem o contributo dos enfermeiros para a produção de saúde (Thompson, 2001). Centrando-nos no ensino desta competência durante o curso de enfermagem é importante compreender: como os estudantes processam a tomada de decisão, que tipos de decisão tomam, como determinam que necessitam de tomar uma decisão e como respondem quando é requerido um cuidado de enfermagem a um utente (Baxter & Rideout, 2006). Corroborando a opinião de Baxter e Boblin (2008), enquanto docente de enfermagem, quer em ensino teórico, quer em ensino clínico, acreditamos que compreender como a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados se desenvolve no curso de licenciatura em enfermagem, fornece uma base para ensinar, apoiar e avaliar esta competência, além de permitir o desenvolvimento de estratégias de promoção de tomada de decisão independente e autónoma.

Existem diversos estudos sobre o desenvolvimento das competências de tomada de decisão em estudantes de enfermagem. Uns estudos incidem na análise dos estudantes por anos específicos do curso (por ex. estudos sobre estudantes juniores ou estudantes seniores [212]) querendo compreender/comparar como o processo de aprendizagem da tomada de decisão é efectuado (Baxter & Rideout, 2006; Botti & Reeve, 2003; Bowles, 2000; Garret, 2005; Gerdeman, Lux, & Jacko, 2013; Jahanpour, Sharif, Salsi, Kaveh & Williams, 2010; Lasater, 2007; McCallum, Ness & Price, 2011; Pongmarutai, 2010; Tschikota, 1993; White, 2003); outros debruçam a análise dos estudantes durante o curso (Baxter & Boblin, 2008; Campbell, 2008, McCallum, Duffy, Hastic, Ness & Price, 2013), para avaliar/compreender a evolução das competências de tomada de decisão ao longo do curso. Standing (2007), numa análise mais ampla, acompanhou alguns estudantes durante o curso até serem enfermeiros diplomados para identificar como os estudantes adquiriam as competências de tomada de decisão e como se sentiam preparados, relativamente a essa competência, enquanto profissionais de enfermagem.

Embora os docentes de enfermagem assumam que as competências da 'tomada de decisão' emergem e desenvolvem-se ao longo dos quatro anos do curso de enfermagem (Baxter & Boblin, 2008), a investigação sobre os estudantes de enfermagem tem sido principalmente aos estudantes seniores (Standing, 2007). Os estudos reportam-se desde

[212] Por estudantes juniores, considerámos os estudantes do primeiro e segundo ano do curso e por estudantes seniores, os do terceiro e quarto ano, quando o curso tinha a duração de quatro anos.

Tschikota (1993) que estabeleceu ligação entre a teoria de processamento de informação e a tomada de decisão do estudante de enfermagem; a Garret (2005) que revelou que os resultados da tomada de decisão clínica são mais importantes, para o estudante de enfermagem, do que o processo cognitivo; passando por Lasater (2007) que demonstrou que os estudantes de enfermagem consideravam o modelo de Tanner (2006)[213] como promotor de competências de tomada de decisão; posteriormente, por Campbell (2008) que identificou três etapas major no processo de tomada de decisão do estudante de enfermagem; até Gerdeman *et al* (2013) que defenderam o mapeamento de conceitos como estratégia para a aquisição de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem.

Perante uma informação tão variada quanto à perspectiva de análise do processo de tomada de decisão no estudante de enfermagem, sentimos necessidade de agrupar os estudos que estavam mais directamente relacionados com o ensino da tomada de decisão, a nossa temática em estudo. Assim, e considerando os estudantes de enfermagem como seres humanos em interacção com outros seres humanos (utente, famílias, docente de enfermagem, enfermeiro orientador da prática clínica), enquanto sistemas abertos em interacção com o ambiente (contexto escolar, contexto de ensino clínico), apresentamos os resultados, bem como a sua frequência, dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, baseados no modelo de King (1984). Desse modo, emergem três dimensões: o estudante como ser pessoal, o estudante como ser interpessoal e o estudante como ser social (quadro 11).

Os resultados com maior frequência de registos situam-se na categoria 'o nível de conhecimento do estudante determina a tomada de decisão' e na do 'processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes' com oito estudos cada. De seguida, surge o grupo de 'o estudante sente falta de confiança e medo o que dificulta a sua tomada de decisão' com seis estudos e de 'o estudante baseia-se em regras para tomar decisões' com cinco estudos. Com uma frequência de quatro estudos cada, apresentam-se as categorias: 'o estudante aprende a tomar decisões através de modelos', 'a interacção entre estudante e utente influencia a tomada de decisão' e 'o estudante baseia-se em regras para tomar decisões'. O grupo de estudo que se debruça sobre 'a colaboração entre estudantes facilita a aprendizagem da tomada de decisão' apresenta três registos e com dois registos situam-se o grupo 'o estudante necessita de tempo e experiência para aprender a tomar decisões' e 'a importância da interacção entre estudante e equipa de enfermagem para a tomada de decisão' (quadro 11).

[213] Ver pág. 100 deste estudo.

Quadro 11 – Resultados e frequência dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, baseados no modelo de King

Dimensão	Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem	Frequência
Estudante como ser pessoal	O estudante sente falta de confiança e medo o que dificulta a sua tomada de decisão	6
	O estudante baseia-se em regras para tomar decisões	5
	O estudante necessita de tempo e experiência para aprender a tomar decisões	2
	O nível de conhecimento do estudante determina a tomada de decisão	8
	O estudante aprende a tomar decisões através de modelos	4
Estudante como ser interpessoal	A interacção entre estudante e utente influencia a tomada de decisão	4
	A importância da interacção entre estudante e equipa de enfermagem para a tomada de decisão	2
	A interacção entre o estudante e o tutor clínico[214] é útil para a aprendizagem da tomada de decisão	4
	A colaboração entre estudantes facilita a aprendizagem da tomada de decisão	3
Estudante como ser social	O processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes	8
	A tomada de decisão pelos estudantes seniores	2

Estudante como ser pessoal

Nesta dimensão considerámos os estudos que se centram na aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem como pessoa, enquanto sistema total (King, 1984).

<u>O estudante sente falta de confiança e medo o que dificulta a sua tomada de decisão</u>

Para White (2003), nos Estados Unidos da América, que estudou quais as experiências essenciais associadas com a aprendizagem da tomada de decisão clínica em estudantes de enfermagem finalistas, 'ganhar confiança nas suas competências' foi uma temática identificada pela maioria dos estudantes. Quando questionados sobre as competências mais importantes para a tomada de decisão clínica, os estudantes identificaram dois tipos de competências – as técnicas e as comunicacionais[215]. Um resultado importante deste estudo é que os estudantes, em contexto clínico, eram capazes de transferir o foco de atenção sobre as suas necessidades para os utentes, se se sentissem confiantes nas suas competências técnicas e de comunicação. Quando os estudantes não sentiam confiança no seu

[214] O conceito de tutor clínico existente em diversos países anglo-saxónicos (tais como: Austrália, Canadá, Estados Unidos da América e Reino Unido, entre outros), engloba a orientação realizada por um enfermeiro considerado perito (embora nos Estados Unidos da América possa ser um estudante mais avançado na formação), geralmente remunerados, podendo ser um formador interno ou externo à instituição de ensino onde o estudante está inscrito. Em Portugal, na perspectiva de Abreu (2007) e nas pesquisas realizadas por Borges (2010), Dias (2010), Fernandes (2010), e Ferreira (2008), Rocha e Carvalho (2013), a designação de 'tutor clínico' foi atribuída aos enfermeiros da prática clínica responsáveis pela supervisão dos estudantes em ensino clínico. Como na ESEL não existia a figura do tutor clínico, considerámos, no âmbito do nosso estudo, o acompanhamento feito pelo orientador da prática clínica e/ou pelo docente de enfermagem.

[215] Os estudantes referiram que quando se sentiam confiantes nas suas competências técnicas e se eram capazes de iniciar conversação com o utente, conseguiam focar-se na pessoa em vez de executarem uma intervenção mecânica ou de utilizarem linhas de orientação de comunicação terapêutica (White, 2003).

desempenho, focavam-se nos seus sentimentos de ansiedade e não sabiam o que fazer ou ficavam preocupados em saber se estavam a cometer erros e, consequentemente, tinham dificuldade em tomarem decisões adequadas. Razão pela qual, à medida que os estudantes, em contexto de prática clínica, ganhavam confiança em si, como pessoa, essa confiança permitia-lhes funcionar como futuros enfermeiros. Os estudantes começavam a sentir-se confiantes, a verem-se como enfermeiros, a considerarem o utente como pessoa alvo de cuidados e assumiam o papel de enfermeiros, reconhecendo que eram capazes de cuidar dos utentes atribuídos (White, 2003).

Na investigação sobre as percepções de estudantes canadianos do último ano do bacharelato em enfermagem acerca das competências de tomada de decisão, Garret (2005) salientou o impacto pessoal da decisão. O autor verificou como resultado que os estudantes sentiam falta de confiança nas suas capacidades para tomarem decisões e por vezes, sentiam ansiedade causada por terem de tomar decisões perante novas situações ou problemas mal definidos[216].

Opinião partilhada por Baxter e Rideout (2006), através de estudo sobre as actividades de tomada de decisão de estudantes canadianos do segundo ano do bacharelato em enfermagem[217], quando afirmavam que a falta de confiança e o medo foram as respostas emocionais maioritariamente apresentadas pelos estudantes. A falta de confiança influenciava a capacidade ou incapacidade do estudante para a tomada de decisão clínica e para agir nessa decisão de uma forma autónoma. O medo durante o encontro com o utente era uma questão muito importante para os estudantes, sendo também identificado como tal pelos orientadores do ensino clínico.

Em outro estudo desenvolvido, nos Estados Unidos da América, por Campbell (2008) que procurou compreender o processo de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem nos cuidados aos utentes, o medo e a ansiedade emergiram como resultados[218]. Os estudantes sentiam medo de não conseguirem compreender na totalidade a situação do utente e quando não conseguiam estabelecer uma relação recíproca desde o início. O medo e a ansiedade faziam os estudantes reflectirem na situação e reavaliarem-na. Quando conseguiam

[216] Numa questão sobre se sentiam confiantes para tomarem decisões clínicas, a maioria dos estudantes não respondeu, enquanto a restante respondeu que só se sentiu confiante, por vezes (Garret, 2005).
[217] O estudo tinha como objectivos: identificar como os estudantes determinavam a necessidade de uma tomada de decisão clinica, quais os vários tipos de decisão que faziam em contexto clínico, quais os factores de influência da tomada decisão, bem como determinar como respondiam a uma decisão clínica pendente (Baxter & Rideout, 2006).
[218] Foram cinco os temas resultantes do estudo: capacidade de comunicação; conhecimento; heroísmo; ansiedade e frustração (Campbell, 2008).

minimizar esse medo, os estudantes eram capazes de perceber com precisão as necessidades do utente.

Dados que parecem ser certificados por outra pesquisa, esta realizada por Jahanpour *et al* (2010) no Irão, que referem o medo como um sentimento negativo resultante do ambiente de aprendizagem da tomada de decisão[219], ao pesquisarem sobre os factores de influência na tomada de decisão de estudantes de enfermagem seniores. Os autores defendem que os estudantes, num ambiente stressante, têm dificuldade em concentrarem-se nas necessidades dos utentes e que, preferencialmente, centram-se nas suas necessidades, tal como referem White (2003) e Campbell (2008). Os resultados apontam o «stress»[220] como influência negativa da aprendizagem e da auto-estima do estudante de enfermagem e, consequentemente, da sua capacidade de tomada de decisão.

O estudante baseia-se em regras para tomar decisões

Com uma investigação realizada no Canadá, Tschikota (1993) descreve os elementos[221] e o processo da tomada[222] de decisão utilizados pelos estudantes na simulação de uma situação específica de cuidados. A pesquisa revelou que os estudantes, considerados principiantes (Benner, 2001)[223], focavam-se na conclusão da intervenção, baseados em normas, atribuindo a mesma importância a todos os dados colhidos e tornando difícil a tomada de decisão. Significativamente, eram elaboradas mais hipóteses, confirmados os conhecimentos e geradas decisões de intervenções de enfermagem. Embora favorecendo a produção de hipóteses no início da intervenção, muitos dos processos de tomada de decisão utilizados pelos estudantes resultaram em decisões baseadas em informações factuais, e não em hipóteses.

[219] O medo expresso pelos estudantes incluía: medo pelo desconhecimento nas primeiras semanas do ensino clínico, medo de causar algum dano aos utentes, falta de capacidade para um bom desempenho, ser criticado publicamente pelo orientador aquando de um erro, medo de ser avaliado negativamente, medo das consequências morais e medo de consequências legais por falta de conhecimento da situação de cuidados depois de ter tomado uma decisão (Jahanpour *et al*, 2010).

[220] Não se considera aqui o significado, a dimensão 'positiva', que King atribui ao «stress» no seu quadro conceptual.

[221] O autor apresenta 6 elementos constituintes do processo de tomada de decisão: questão; hipótese; conhecimento de enfermagem; intervenção de enfermagem; pesquisa e assumpção (Tschikota, 1993).

[222] O processo de tomada de decisão engloba 8 etapas, segundo Tschikota (1993) que são: resposta ao estímulo; listagem; revisão/sumarização; estruturação da decisão; levantamento de hipóteses; validação de hipóteses; priorização e ajuste sequencial.

[223] Os estudantes de enfermagem entram em cada serviço do contexto da prática, com o estatuto de principiante e têm dificuldade em integrar o que aprenderam teoricamente com aquilo que vivem em situação real (Benner, 2001).

Em 2003, White expõe a dificuldade do estudante em compreender o contexto clínico como um todo e não como uma simples união de peças de informação. Esta limitação, sustentada em normas independentemente do contexto, vai ao encontro do carácter de principiante do estudante de enfermagem (Benner, 2001). Reconhecendo que o contexto clínico era mais do que a soma das partes, o estudante ganhava uma grande compreensão do que precisava para se antecipar em promover os cuidados ao utente. Compreendendo o contexto clínico, o estudante começava também a compreender a adequação das decisões feitas no ambiente clínico (White, 2003).

Resultados confirmados mais tarde, por Lasater (2007), nos Estados Unidos da América, com um estudo sobre o desenvolvimento do julgamento clínico numa simulação em laboratório, baseado no modelo de julgamento clínico de Tanner (2006) [224]. O autor demonstrou que os estudantes centravam-se num aspecto específico da intervenção considerando a apreciação como uma acto de verificação e não como uma fonte contínua de dados essenciais para a prestação dos cuidados. A dificuldade em ver os utentes como um todo no contexto de cuidados, traduzia-se numa tomada de decisão dos estudantes caracteristicamente baseada em regras.

No ano seguinte, 2008, Lasater e Nielsen, numa crítica ao modelo de formação clínica inadequado para o desenvolvimento do julgamento clínico, apresentam um estudo sobre a influência da aprendizagem baseada em conceitos para desenvolver o julgamento clínico, em estudantes americanos do bacharelato em enfermagem[225]. Os resultados sugeriam que a aprendizagem baseada em conceitos tinha uma influência positiva na orientação dos estudantes, especialmente quando tinham uma experiência clínica mínima sobre um determinado conceito abordado teoricamente. Os estudantes referiram que a aprendizagem baseada em conceitos permitia uma 'ponte' entre a teoria e a prática, facto muito importante para as futuras experiências de cuidados. Tendo em conta a dificuldade do estudante em analisar profundamente todos os aspectos dos cuidados de modo a promover o julgamento clínico, esta metodologia permitia minimizar estes aspectos logo no início do curso.

[224] O estudo tinha como objectivos: descrever as respostas dos estudantes perante cenários simulados, no âmbito do modelo de julgamento clínico de Tanner e desenvolver e testar uma chancela que descrevesse os níveis de desempenho dos estudantes no julgamento clínico (Lasater, 2007).

[225] A amostra foi constituída por estudantes juniores do curso de bacharelato, em experiências clínicas em serviços de pediatria e de obstetrícia. No início da formação em enfermagem, os estudantes utilizavam actividades de aprendizagem baseada em conceitos para estudar conceitos essenciais, tais como: balanço electrolítico, nutrição, crescimento e desenvolvimento, e equilíbrio ácido-base, entre outros (um conceito por dia). Ao longo do curso, os estudantes progrediam para um modelo global de cuidados ao utente, integrando a aprendizagem baseada em conceitos (Lasater & Nielsen, 2008).

De igual modo, Pongmarutai (2010) na sua investigação sobre a aplicação de um modelo de avaliação do julgamento clínico em estudantes de enfermagem seniores americanos, como referido anteriormente [226], salienta um julgamento clínico sem atender às particularidades das informações clínicas [227]. O estudo sugeriu ainda que algumas das informações clínicas não foram bem entendidas e incorporadas ao julgamento clínico, o que parece estar de acordo com a utilização de regras e a dificuldade de ver o utente em todas as suas dimensões.

O estudante necessita de tempo e experiência para aprender a tomar decisões

Os educadores de enfermagem, tradicionalmente, pensam que providenciar experiências clínicas diferenciadas aos estudantes aumenta a profundidade e a compreensão do complexo processo de enfermagem, como salienta White (2003). Contudo, os resultados do seu estudo indicaram que a rotatividade de situações clínicas podia dificultar a compreensão dos estudantes sobre o contexto clínico, e por isso, dificultar uma tomada de decisão clínica eficaz. Perante a diversidade de situações clínicas, os estudantes perdiam um tempo considerável a aprender a cultura de cada ambiente, limitando o tempo e a energia na aprendizagem sobre o utente que cuidavam. Atribuições clínicas consistentes pareciam fornecer um ambiente propício para a aprendizagem da tomada de decisão. Desta forma, com uma experiência clínica alargada no tempo, era possível estimular e sustentar os estudantes, criando um ambiente em que eles começavam a compreender o contexto clínico e a tomar decisões clínicas eficazes, com resultados positivos para os utentes (White, 2003).

A aprendizagem através da experiência é também referenciada por Garret (2005) como uma das estratégias essenciais no ensino da tomada de decisão. A importância da aprendizagem relacionada com a prática profissional permitia ajudar a desenvolver a comunicação e as competências de pensamento rápido bem como a iniciativa pessoal, indispensáveis para a tomada de decisão.

O nível de conhecimento do estudante determina a tomada de decisão

Subjacente a cada tomada de decisão está o nível de conhecimento dos estudantes. Segundo White (2003), para adquirirem competências de tomada de decisão com confiança, os estudantes necessitavam de um conhecimento teórico que suportasse essas competências.

[226] Ver pág. 111 deste estudo.
[227] Pongmarutai (2010) aplicou um instrumento de avaliação do julgamento clínico a estudantes seniores servindo-se de respostas de especialistas como critérios de avaliação.

Conhecimento que também tinha de ser demonstrado no relacionamento com os enfermeiros/docentes orientadores e com os utentes. Através da compreensão do processo saúde-doença e dos respectivos cuidados inerentes, os estudantes eram capazes de participar eficazmente no processo de cuidados (White, 2003).

No mesmo ano, mas desta vez na Austrália, Botti e Reeve (2003) reforçaram a importância do conhecimento para a tomada de decisão. Os autores pesquisaram sobre a aquisição de competências de tomada de decisão nos estudantes de enfermagem com diferentes níveis de capacidades académicas e diferentes níveis de educação em enfermagem[228]. Pesquisa na qual concluíram que as capacidades académicas eram um factor determinante para uma tomada de decisão eficaz. Se eram importantes para as intervenções de enfermagem de pouca complexidade, nas de maior complexidade era o domínio de conhecimento que determinava a sua eficácia, com os estudantes com mais conhecimento a criarem mais hipóteses do que os estudantes com menos conhecimento (Botti & Reeve, 2003).

Também Garret (2005) salientou o papel do conhecimento no desenvolvimento da tomada de decisão. O autor reconheceu que embora os estudantes tivessem uma complexa conceptualização teórica da tomada de decisão clínica, demonstravam um conhecimento limitado do processo e aplicação da teoria. Os estudantes relacionavam a sua habilidade em tomar decisões com a sua capacidade de reproduzir conhecimento em contexto específico, em vez de usarem competências cognitivas em situações desconhecidas.

Posteriormente, Baxter e Rideout (2006) confirmam a importância do conhecimento no contexto de cuidados, no relacionamento entre estudante e utente, e consequentemente, na tomada de decisão do estudante. Era através do conhecimento que o estudante aumentava o seu nível de confiança e se sentia habilitado a lidar com uma situação de cuidados autonomamente e a tomar decisões clínicas seguras e independentes. Era também o conhecimento que permitia ao estudante determinar a necessidade de uma decisão clínica. Quando tal não acontecia, o estudante não tinha conhecimento necessário para a tomada de decisão clínica, ele recorria aos orientadores, ao do contexto clínico ou ao docente, para o auxiliarem na tomada de decisão (Baxter & Rideout, 2006).

A exigência de um nível de conhecimentos para uma tomada de decisão eficaz, também é apresentada por Lasater (2007), ao defender que o «background» individual de cada estudante pode afectar o processo de tomada decisão. O modelo que apresentou como rubrica

[228] Os resultados do estudo sugeriram que as competências de tomada de decisão eram influenciadas pelas capacidades académicas e pela experiência em enfermagem, bem como pela complexidade dos casos clínicos (Botti & Reeve, 2003).

para o desenvolvimento do modelo de tomada de decisão de Tanner ('noticing', 'interpreting', 'responding' e 'reflecting') é composto por 11 dimensões totais das quatro fases delineadas[229]. Embora o conhecimento não apareça como conceito explícito, ele está implicitamente presente em todos.

A articulação do conhecimento teórico com os cuidados de enfermagem ao utente, indicando um desenvolvimento compreensivo dos seus problemas ou necessidades, foi igualmente destacado por Campbell (2008). Este tipo de saber, considerado como fundamental no processo de tomada de decisão, possibilitava, aos estudantes, uma percepção precisa de modo a fazerem diagnósticos de enfermagem apropriados e tomarem decisões eficazes.

A relação directa entre o conhecimento e a tomada de decisão foi igualmente reforçada por Gerdeman *et al* (2013). Os resultados apresentavam a utilização do mapeamento de conceitos como estratégia inovadora para o desenvolvimento de competências de julgamento clínico, em estudantes americanos seniores, segundo o modelo de tomada de decisão de Tanner (2006). Foi usado o mapeamento de conceitos como orientação para a construção de casos clínicos. Inicialmente, os estudantes encontraram dificuldades na avaliação dos mapas de conceitos e do seu desempenho porque não tinham conhecimento que lhes permitisse comparar experiências clínicas. Quando aumentaram o seu conhecimento clínico, os estudantes conseguiam transmitir novos conhecimentos de enfermagem, priorizar intervenções de enfermagem e tomar decisões sobre situações de cuidados. Estes resultados foram de encontro ao estudo realizado por Lasater (2007), de que o modelo de Tanner (2006) promovia o desenvolvimento de competências de tomada de decisão (Gerdeman *et al*, 2013).

<u>O estudante aprende a tomar decisões através de modelos</u>

A maioria dos estudantes interagia com enfermeiros experientes que passavam o tempo a partilhar a sua percepção e o seu sentido da experiência clínica. Os estudantes aprendiam em sala de aulas, a teoria e as orientações clínicas, no entanto tinham menos experiência em reconhecer qual a informação relevante ou quais as intervenções necessárias. Como apresenta White (2003), em cada situação clínica, os enfermeiros e os estudantes

[229] São assim: observação focada; reconhecimento de desvios aos padrões esperados; procura de informação ('noticing'); priorização de dados; interpretação de dados ('interpreting'); forma calma, confiante, comunicação clara, intervenção bem planeada/flexibilidade, ser hábil ('responding'); avaliação/auto-análise e compromisso de melhoria ('reflecting') (Lasater, 2007).

trabalhavam em conjunto para cuidarem dos utentes, permitindo ao estudante aperfeiçoar a sua aprendizagem e aumentar o seu nível de confiança.

Conceito também defendido por Garret (2005) quando constatou que a observação de profissionais qualificados era referida pelos estudantes como uma oportunidade de ganhar experiência sobre o processo de tomada de decisão. O trabalho em conjunto com o tutor possibilitava aos estudantes aprofundar conhecimentos em áreas específicas, bem como a compreensão de como o enfermeiro tomava determinada decisão.

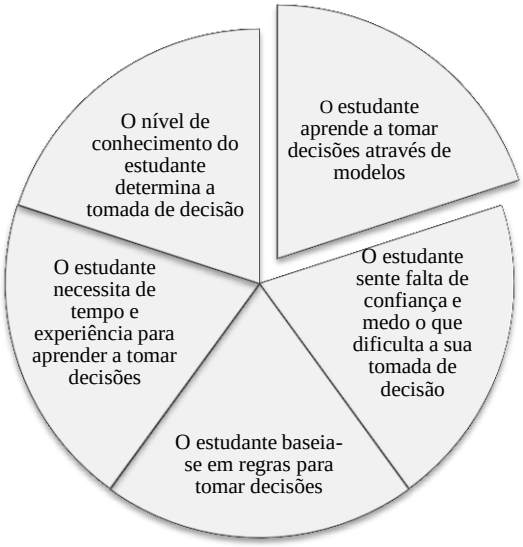
A aprendizagem por modelo foi igualmente reforçada por Baxter e Rideout (2006). Segundo os autores, os estudantes enfatizavam a aprendizagem com os enfermeiros que se disponibilizavam em descrever o seu processo de raciocínio em situação de cuidados. Através da partilha das suas percepções, os enfermeiros ensinavam aos estudantes a identificar e a priorizar a informação essencial e, por conseguinte, a compreender as intervenções de enfermagem implementadas em cada situação clínica.

Em outro estudo, no qual especificaram a aquisição de competências de tomada de decisão por estudantes canadianos ao longo do curso de enfermagem, Baxter e Boblin, (2008), mantiveram o reconhecimento do uso de modelos, pelos estudantes [230]. No entanto, salvaguardando o desenvolvimento de decisores autónomos, os autores alertavam para a necessidade de os estudantes reconhecerem a importância da autonomia na tomada de decisão. Para maximizar a tomada de decisão dos estudantes, era necessário que estes fossem ensinados a apreciar sistematicamente, a reunir a informação, a planearem e a avaliarem os cuidados de enfermagem. Para tal, os professores de enfermagem deveriam encorajar os estudantes, desde o início da formação, a apreciar os dados com base no seu conhecimento, e à medida que a formação fosse evoluindo, a ter em conta a sua experiência.

Esquematicamente, apresentamos na ilustração seguinte, os estudos que acabamos de referenciar e que se centram na aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem como pessoa, enquanto sistema total (King, 1984) (ilustração 10).

[230] O estudo tinha como objectivo analisar que alterações das competências de tomada de decisão os estudantes apresentavam ao longo dos 4 anos do curso, como as desenvolviam durante a formação e quais os seus factores de influência (Baxter & Boblin, 2008).

Ilustração 10 – Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, na dimensão 'Estudante como ser pessoal'



- **Estudante como ser interpessoal**

Esta categoria é constituída pelos estudos que se debruçam sobre a aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem como elemento constituinte de díades ou tríades[231], e na forma como cada um dos elementos percepciona o outro (King, 1984).

A interacção entre estudante e utente influencia a tomada de decisão

Um dos resultados do estudo de White (2003) assenta na importância da interacção entre o estudante e o utente[232]. A necessidade de se relacionarem com os utentes, aprendendo sobre eles e comunicando com eles, permitia ao estudante uma percepção do utente como pessoa inserida no contexto de cuidado. O autor especificou o uso da comunicação verbal e da não-verbal, como promotora da centralidade dos cuidados. Os estudantes que interagiam com os utentes aprendiam a prestar cuidados de enfermagem individualizados e a responder unicamente às características e às necessidades dos utentes. Identificando as características, o estudante tinha um desempenho esperado no contexto clínico com vista à implementação de cuidados de enfermagem centrados no utente. Quando os estudantes compreendiam as

[231] As várias díades serão: estudante/utente; estudante/orientador da prática clínica; estudante/docente de enfermagem e estudante/estudante. A constituição das possíveis tríades incluirá: estudante/docente de enfermagem/orientador da prática clínica; estudante/orientador da prática clínica/utente; estudante/docente de enfermagem/utente.

[232] Os resultados do estudo indicam que o processo de tomada de decisão do estudante se iniciava quando os estudantes conseguiam ganhar confiança nas suas competências (como referido anteriormente), quando interagiam com os utentes e quando construíam relações de confiança com o enfermeiro orientador (White, 2003).

condições dos seus utentes, a sua tomada de decisão podia influenciar positivamente os resultados dos utentes[233].

O impacto da tomada de decisão com base na interacção com o utente surgiu como um tema claramente identificado também por Garret (2005). Os aspectos da individualidade, respeito e dignidade, foram relacionados com o utente e com o papel de defesa, na prática clínica, como forma de assegurar a qualidade dos cuidados. A gratidão, do utente, bem como da equipa de enfermagem, foram consideradas pelos estudantes, como factores importantes para a tomada de decisão (Garret, 2005).

A interacção estudante-utente foi igualmente descrita por Baxter e Rideout (2006), reforçando a sua complexidade perante todas as outras interacções no contexto clínico. O utente influenciava todos os aspectos da tomada de decisão do estudante, incluindo determinar a necessidade para uma decisão clínica, como responder a uma decisão clínica pendente, e os tipos de decisão que tomava. Era durante esse encontro que a maior parte das decisões clínicas eram reconhecidas e respondidas. Na interacção com o utente, o estudante era confrontado com muitos desafios, emoções e expectativas, surgindo os utentes como fonte de ajuda, conflito, medo, intimidação e conhecimento e levando-o a, tendencialmente, satisfazer o utente para evitar conflitos mesmo quando isso significava uma prática pouco segura[234].

Para Campbell (2008), cuja investigação se baseou no modelo teórico de King, a comunicação era a primeira etapa do processo de tomada de decisão. Tendo como objectivo final a transacção entre estudante e utente, quando os estudantes conseguiam interagir com os utentes, facilmente passavam para a etapa seguinte: interpretar o comportamento do utente e saber, com precisão, identificar os seus problemas e as suas necessidades. Esta articulação entre o conhecimento teórico e o 'saber' identificar correctamente as necessidades dos utentes, eram as componentes chaves do processo de tomada de decisão, na perspectiva de Campbell (2008). Os resultados apontavam ainda para uma comunicação verbal e não-verbal

[233] Neste estudo, a maioria das decisões descrita pelos estudantes, focava-se em situações clínicas actuais dos seus doentes ou nos seus cuidados directos. Os estudantes discutiam, particularmente, para decidir qual a medicação a administrar, para solucionar outros problemas relacionados com as necessidades imediatas dos utentes e como integrar restrições alimentares tendo em conta o estilo de vida dos utentes. Em todas as situações, os estudantes identificaram decisões sobre intervenções de enfermagem centradas nas necessidades imediatas dos utentes (White, 2003).

[234] O estudante reconhecia a necessidade de tomar decisões durante a interacção com o utente. Frequentemente, reconheciam a necessidade de decisão relacionada com os cuidados ao utente ou com as intervenções de enfermagem. No entanto, a maior decisão que enfrentavam era se precisavam ou não de ajuda e a quem iriam recorrer. O utente era muitas vezes usado como fonte de informação sobre a qual a tomada de decisão era feita, embora os estudantes também frequentemente procurassem ajuda junto do tutor clínico e da equipa de enfermagem (Baxter & Rideout, 2006).

entre os estudantes e os utentes, como uma partilha recíproca harmoniosa na relação entre ambos, tal como referido por White (2003).

A importância da interacção entre estudante e equipa de enfermagem para a tomada de decisão

Na pesquisa que fez, White (2003) refere que os estudantes referenciavam a importância do seu relacionamento com a equipa de enfermagem e a sua influência na tomada de decisão clinica. Os estudantes necessitavam dos enfermeiros para os apoiar e para participarem no seu processo de aprendizagem, em contexto clínico, e consequentemente, na aprendizagem da tomada de decisão. O relacionamento entre a equipa de enfermagem e o estudante tinha um papel muito marcante nas percepções do estudante sobre ele próprio e sobre as suas capacidades. Este suporte, baseado numa relação de confiança, permitia o desenvolvimento da autoconfiança do estudante, através de partilha de experiências entre ambos. A confiança[235] era construída entre a equipa de enfermagem e o estudante, ao trabalharem juntos num período de tempo, em contexto clínico, e aprendendo um sobre o outro[236].

No entanto, o encontro com a equipa de enfermagem era muitas vezes confuso para os estudantes tentarem tomar decisões, como defendem Baxter e Rideout (2006). Os estudantes sentiam um conflito entre a prática de enfermagem e o que tinha sido ensinado como uma prática de enfermagem 'correcta'. Este conflito confundia e desconcertava o estudante bem como influenciava a sua tomada de decisão. Os estudantes viam-se a si próprios 'apenas' como estudantes que tinham défice de conhecimentos do contexto clínico e muitas vezes focavam-se na sua falta de capacidades e conhecimentos, comparado com os enfermeiros. O respeito que os estudantes de enfermagem tinham pela equipa de enfermagem e o reconhecimento do seu poder no contexto clínico, restringia frequentemente uma abordagem dos estudantes, quer para esclarecimento sobre os utentes, quer para evitar algum conflito.

[235] O conceito de confiança subjacente parece significar uma atitude delimitada no tempo e espaço pela qual uma pessoa com algum grau de fragilidade (estudante) conta, com segurança, com alguém (enfermeiro orientador), ou alguma coisa, que o ajude (Oliveira & Lopes, 2010).

[236] Os estudantes percebiam se tinham valor no contexto clínico se os enfermeiros se disponibilizavam para trabalharem com eles, ao confiarem neles e nas suas capacidades. Se os enfermeiros investissem na relação, a aprendizagem do estudante era aperfeiçoada e os estudantes continuavam a ganhar confiança neles próprios e nas suas competências clínicas (White, 2003).

A interacção entre o estudante e o tutor clínico é útil para a aprendizagem da tomada de decisão

Segundo White (2003), a maioria das decisões que os estudantes tomavam eram em conjunto com os enfermeiros ou com os médicos. Os estudantes, aprendendo com a experiência de especialistas clínicos peritos, baseavam-se na equipa para apoiá-los no processo de decisão clínico. Um dos aspectos interessante e importante da sua pesquisa foi o envolvimento mínimo do tutor clínico na identificação da tomada de decisão. Os estudantes referiam que a influência do tutor clínico no ambiente clínico limitava-se a quando necessitavam dele. Reconhecendo a brevidade do processo de entrada no mundo de trabalho e a importância de aprender a cultura do contexto clínico[237], o tutor clínico esteve presente apenas quando foi essencial.

Opinião corroborada por Baxter e Rideout (2006), quando mencionam que a interacção entre estudante e tutor clínico recebeu menor atenção pelos estudantes aquando da discussão do processo de tomada de decisão.[238] Contudo, os tutores clínicos eram geralmente vistos como detentores do saber, implicando uma maior envolvência nos processos de tomada de decisão dos estudantes. Tal como, considerados orientadores dos estudantes nos seus esforços para a tomada de decisão estando disponível quando eles necessitavam de assistência. Muitas das intervenções de enfermagem resultantes das decisões em contexto de cuidados, eram realizadas pelos estudantes após o encontro com o tutor clínico.

Um resultado inesperado, na perspectiva de Baxter e Boblin, (2008), foi o nível de colaboração que os estudantes necessitavam para tomar decisões. A interacção que os estudantes estabeleciam com enfermeiros, utentes e docentes, dava oportunidade para receberem apoio e «feedback» quando tomavam decisões. Reconhecendo que os estudantes imitavam o que viam no contexto clínico, os autores destacavam o papel dos docentes de enfermagem na orientação e colaboração na tomada de decisão, bem como no apelar à responsabilização do estudante pelas suas decisões.

Esta necessidade de «feedback» no processo de tomada de decisão dos estudantes do ensino superior, inclusive os de enfermagem, parece estar relacionada com uma vivência baseada em aspectos significativos. Sendo estes socialmente construídos, o estudante de

[237] O estudo de White (2003) teve como foco os estudantes de enfermagem do quarto ano do curso, como referido na pág. 145.
[238] Os estudantes tendiam a procurar os tutores clínicos quando queriam justificação para uma acção ou quando necessitavam do tutor clínico como elemento de ligação entre eles e a equipa de enfermagem (Baxter & Rideout, 2006).

enfermagem precisa, além de um conhecimento teórico, de um relacionamento humanizado para a construção do conhecimento enquanto pessoa. Cabe ao orientador da prática clínica e ao docente de enfermagem, proporcionar situações de aprendizagem onde o estudante possa construir atitudes interactivas no processo de cuidados e exercer a sua profissão plenamente (Lopes & Jorge, 2005). Conceito partilhado por Waldow (2009b) quando assinala que num ensino centrado no cuidado, as relações de cuidado deverão ser enfatizadas, assumindo os docentes de enfermagem o papel de cuidadores. O processo interactivo entre docente e estudante deve distinguir-se pela expressão de cuidar, caracterizando-se pela confiança e possibilitando o desenvolvimento do estudante.

A colaboração entre estudantes facilita a aprendizagem da tomada de decisão

A importância da interacção entre os estudantes de enfermagem foi apresentada como um dos resultados da investigação desenvolvida por Lasater (2007). Na experiência de simulação para o desenvolvimento do julgamento clínico, a aprendizagem narrativa [239] promoveu uma colaboração significativa entre os estudantes. Através dela, fomentou-se o trabalho em equipa pela permuta de experiências da prática clínica, numa estratégia de ensino por pares. O ambiente de colaboração facilitou o processo de tomada de decisão entre os estudantes. Por esses motivos, os autores ao destacar esta modalidade de ensino, defendiam a sua continuidade na aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem.

Igualmente Baxter e Boblin (2008), salientaram a colaboração entre os estudantes como factor relevante para a tomada de decisão. Os estudantes do primeiro, segundo e terceiro ano, baseavam-se, principalmente, em recursos de papel e nos pares, como suporte às suas decisões à medida que iam evoluindo no curso, começavam a utilizar mais recursos e de maior qualidade, tornando-se evidente uma procura da prática baseada na evidência.

Resultado reforçado também por Gerdeman *et al* (2013) quando referiram que houve mais diálogo e colaboração entre os estudantes, como resultado da utilização do mapeamento de conceitos. A oportunidade de partilha de informação permitiu aos estudantes reconhecer dados que não estavam reunidos ou considerados, previamente. Facto que fomentou novas perspectivas para as intervenções de cuidados e que contribuíram para o desenvolvimento de competências de tomada de decisão.

[239] As narrativas, no contexto das práticas educativas, são histórias de acontecimentos ou de experiências que ocorreram num determinado tempo e lugar, sendo o docente ou o estudante, o autor, o narrador e o protagonista da história. O tempo pode referir-se ao passado, ao presente ou ao futuro, estando relacionado com a vida académica ou profissional ou, com uma aula ou a uma experiência de aprendizagem. O lugar diz respeito à escola, à universidade ou à sala de aula, a um grupo de estudo (Megid, & Fiorentini, 2011).

A ilustração em baixo apresenta, esquematicamente, os estudos referenciados que se centram na aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, enquanto sistema interpessoal (ilustração 11).

Ilustração 11 – Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, na dimensão 'Estudante como ser interpessoal'



- **Estudante como ser social**

Os estudos aqui incluídos destacam a aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, enquanto elemento de um sistema social: o sistema educativo.

<u>O processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes</u>

Em 2000, Bowles desenvolveu uma investigação sobre a relação entre o pensamento crítico e as competências de julgamento clínico, de estudantes seniores americanos. A correlação entre os dois conceitos emergiu como uma das conclusões do estudo [240], salientando a necessidade de estratégias de ensino para o desenvolvimento do pensamento crítico e do julgamento clínico dos estudantes de modo a conseguirem dar resposta à complexidade dos cuidados.

O uso da reflexão foi também apresentado por Garret (2005) como um tema secundário, relacionado com a 'prática profissional', no mapeamento de conceitos produzido

[240] A outra conclusão resultante do estudo incidia na existência de algumas competências de pensamento crítico e de julgamento clínico que detinham os estudantes dos dois programas de enfermagem que foram analisados (Bowles, 2000).

pelos estudantes sobre a tomada de decisão clínica[241]. Os estudantes identificaram a reflexão sobre a acção como um dos métodos apropriados para aprender a tomar decisões clínicas embora poucos referissem explicitamente o processo cognitivo envolvido. O uso da reflexão era considerado importante na promoção de melhoria dos cuidados e da responsabilidade profissional.

Na realização do seu estudo, Campbell (2008) abordou os estudantes para descreverem os seus sentimentos e as suas formas de pensar durante e após terem tomado uma decisão. O processo reflexivo usado na descrição da aprendizagem de principiante a perito, atendendo a que se debruçou sobre os estudantes dos vários anos do curso, incluía o 'pensar na acção' e o 'pensar em acção', baseado no modelo de Schon (1994). Tal deveu-se ao facto de o processo de reflexão ser citado e utilizado frequentemente como uma estratégia metodológica no ensino de enfermagem por permitir, ao estudante, analisar o seu processo de raciocínio durante e após os cuidados ao utente (Campbell, 2008).

A defesa de Garret (2005) e de Campbell (2008) parecem estar sustentadas no caracter de metacognição que o processo reflexivo de Schon (1994) encerra. Pois, segundo este autor, o processo de reflexão permite, em simultâneo, além de identificar o sentido de determinada acção, reflectir sobre as evidências implícitas nessa acção, evidências que se memorizam, criticam e incorporam para acções posteriores. É todo este processo de 'pensar na acção' e de 'pensar em acção' "qui se situe au cœur de l'art qui permet aux praticiens de bien tirer leur épingle du jeu dans des situations d'incertitude, d'instabilité, de singularité et de conflit de valeurs" (Schon, 1994, p. 77). Razão pela qual é usado no ensino de enfermagem, numa lógica de sistematização de um saber fundamental à profissão de enfermagem.

A tomada de decisão pelos estudantes seniores

Com os resultados da sua pesquisa, Baxter e Boblin, (2008) caracterizam a tomada de decisão em cinco dimensões: apreciação; intervenção; recurso; comunicação e acção[242]. Relativamente às decisões de 'apreciação', os estudantes definiram-nas como as decisões que realizavam sobre a identificação e recolha de dados dos utentes. Para os estudantes do terceiro ano, evidenciava-se uma mudança em que a descrição das intervenções não estava tão

[241] Foram 7 os conceitos consensualmente referidos pelos estudantes: cliente/utente; impacto pessoal; processo de tomada de decisão; qualidade dos cuidados; factores externos; prática profissional e competências de conhecimento e atitudes (Garret, 2005).

[242] Embora os estudantes de todos os anos do curso de enfermagem tenham referenciado esta classificação (Baxter & Boblin, 2008), só iremos abordar as dos estudantes do terceiro e quarto ano por similitude com o nosso estudo.

centrada na recolha de dados como nos anos anteriores[243], mas não descreviam nenhuma decisão relacionada com os dados obtidos e como os seleccionaram face à sua importância para os cuidados a implementar. No quarto ano, em contraste, os estudantes descreviam as suas decisões de apreciação que incluíam decisões sobre as questões colocadas, como colocar as questões e o que fazer com os dados recolhidos.

Sobre as decisões de 'intervenção', foram descritas pelos estudantes como as decisões que determinavam o que deveria ser feito para a manutenção e melhoria do estado de saúde do utente[244]. No terceiro ano, os estudantes descreviam como decidiam confrontar a informação recebida pelos pares e pela equipa de enfermagem. Em situações simples, eles começavam a tomar decisões de intervenção, de forma independente. No terceiro e quarto ano, os estudantes usavam as suas competências de comunicação como intervenção de conforto[245] nos seus utentes e famílias. No quarto ano, os estudantes começavam a envolver-se em decisões de intervenção clínica mais complexas, mas muitas das suas decisões eram tomadas em colaboração com equipa de enfermagem ou com o tutor, e não independentemente (Baxter e Boblin, 2008).

Quanto às decisões de 'recursos', elas resultavam nas decisões relacionadas com quem ou o que o estudante solicitava para o ajudar no seu processo de decisão e como usava os recursos eficazmente. Globalmente, os estudantes decidiam utilizar como recurso os seus pares, a literatura e os profissionais de enfermagem para os informar ou ajudar nas suas tomadas de decisão. No terceiro ano, os estudantes não apresentavam diferenças significativas em relação aos anos anteriores[246], quanto à decisão sobre os recursos. No quarto ano, os estudantes descreviam as suas decisões englobando recursos humanos adicionais, incluindo

[243] Para os estudantes do primeiro ano, as suas decisões de apreciação tinham como foco principal completar a avaliação do utente. Os estudantes tomavam decisões sobre que tipos de questões colocavam ao utente, as condições em que faziam as questões e a sua abordagem ao utente. No segundo ano, os estudantes tomavam decisões acerca da informação necessária para colher e qual era a mais importante (Baxter & Boblin, 2008).

[244] No primeiro ano, os estudantes raramente mencionavam este tipo de decisões, possivelmente porque a experiência clínica no primeiro ano era realizada em laboratório com doentes simulados ou através de projectos na comunidade. Contudo, quando lhes era solicitado a descrição desta dimensão, eles referiam que tomaram decisões sobre a recolha da informação. No segundo ano, os estudantes descreviam simples decisões de intervenção muitas vezes relacionadas com o fornecimento de recursos e informações do utente (Baxter e Boblin, 2008).

[245] O conceito de conforto presente na investigação sugere um processo de cuidados contextualizado num encontro entre utente e enfermeiro, atendendo ao que é mais significativo para o utente (Oliveira & Lopes, 2010).

[246] No primeiro ano, os estudantes focavam-se no uso de textos e do tutor para os ajudar nas suas tomadas de decisão. Os estudantes também usavam instrumentos organizados pelo tutor clínico na determinação da informação necessária a recolher na avaliação do utente. No primeiro, segundo e terceiro ano, os estudantes serviam-se dos seus pares e dos textos de apoio para os auxiliar no processo de tomada de decisão, como referido anteriormente (ver pág. 152) (Baxter & Boblin, 2008).

outros profissionais de saúde, bem como políticas de saúde e orientações de boas práticas para os ajudar no seu plano de cuidados. Os estudantes neste nível, eram mais críticos que nos anos anteriores, tanto no apoio bibliográfico (textos) como nos recursos profissionais e demonstravam discernimento ao decidir qual recurso que seria mais importante aquando da decisão clínica (Baxter & Boblin, 2008). No entanto, Aston *et al* (2010) parecem discordar relativamente às competências dos estudantes do terceiro ano quando incluem os estudantes do terceiro e do quarto ano no nível mais desenvolvido de tomada de decisão. Para estes autores, os estudantes do terceiro e do quarto ano começam a utilizar a investigação para sustentar as suas tomadas de decisão, recorrendo a políticas de saúde e a linhas de orientação, baseando-se na melhor evidência e tomando decisões mais complexas que nos anos anteriores[247]. Defendem ainda que a abordagem intuitiva ganha terreno nos estudantes seniores, tendo em conta a sua experiência clínica (Aston *et al*, 2010; Standing, 2011).

As decisões de 'comunicação' dos estudantes incluíam a decisão de quem fazia a abordagem ao utente, quais as estratégias de comunicação a utilizar com o utente e com a equipa de enfermagem ou com o tutor clínico, e como comunicar com os outros profissionais numa tentativa de os envolver no processo de decisão. No terceiro ano, os estudantes também tomavam decisões sobre o que relatar à equipa de enfermagem ou ao tutor clínico[248] e quando o faziam. Eles demonstravam um nível crescente de confiança nas suas capacidades de comunicação com a equipa de enfermagem e como incluí-los na sua tomada de decisão. No quarto ano, os estudantes descreviam uma importante mudança nas suas decisões de comunicação ao conseguirem envolver, com confiança, outros profissionais de saúde nas suas discussões acerca dos cuidados ao utente.

Nas decisões de 'acção', os autores não apresentaram resultados categorizados pelos anos do curso, sendo por isso, uma categoria única no estudo. Este tipo de decisão determinava se o estudante iria continuar no seu processo de decisão, se implementava alguma intervenção e se a informação iria ser comunicada a outro prestador de cuidados. Os

[247] Os estudantes no primeiro e segundo ano começam a o processo de aprendizagem de tomada de decisão através de recolha de informação (seminários, orientação tutorial, textos de apoio) e de reflexão, em como incorporar essa informação na decisão a tomar. No segundo e terceiro ano, os estudantes, com contacto da prática clínica, utilizam os seus pares (estudantes) e enfermeiros peritos, bem como a experiência clínica que vão obtendo, como suporte às tomadas de decisão que efectuam (Aston at al, 2010).

[248] No primeiro ano, os estudantes descreviam as suas decisões para envolverem o tutor clínico e os seus pares na sua tomada de decisão pelo facto de os considerarem uma fonte de informação e de «feedback». No segundo ano, as decisões de comunicação já englobavam a equipa de enfermagem do contexto clínico. Os estudantes descreviam as suas decisões sobre quem e quando abordar para obter informações. Eles tinham consciência de como as suas tomadas de decisão, e consequentes cuidados ao utente, eram afectados se não fossem validadas por um enfermeiro (Baxter & Boblin, 2008).

estudantes, em contraste com os enfermeiros, descreviam a tomada de decisão como 'agir' ou 'não agir' e baseavam a sua decisão na descrição do risco para eles e para o utente. O risco que eles consideravam estava relacionado com o seu sucesso como estudante, para o seu utente e para si pessoalmente (Baxter & Boblin, 2008).

Debruçando-se mais especificamente sobre a acção, surge a investigação realizada por McCallum *et al* (2011) a estudantes escoceses, do terceiro ano, sobre o uso de um ambiente virtual de três dimensões, como o «Second Life» para analisar as habilidades de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem. Um dos principais resultados situou-se na maioria das respostas 'reactivas' dos estudantes em detrimento de respostas 'proactivas', enquanto cuidavam dos seus utentes. Partindo da expectativa de que os estudantes priorizariam os cuidados de enfermagem com base nas decisões tomadas, e de seguida realizá-los-iam, os autores constataram que na realidade os estudantes tiveram uma reacção diferente. Assim, maioritariamente, os cuidados estabelecidos surgiram como reacção a orientações, questões ou pedidos do utente ou do tutor[249]. Este estudo reforça a dificuldade que os estudantes têm na aprendizagem da tomada de decisão e aponta como solução, estratégias de ensino interactivas, sustentadas numa ligação real entre a teoria e a prática.

Apresentamos, de seguida, o esquema sobre os estudos supra citados que incidiram sobre a aprendizagem da tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, enquanto elemento de um sistema social (ilustração 12).

[249] Os autores apresentam três hipóteses explicativas para os estudantes terem tido uma intervenção mais reactiva do que activa: (1) a ausência de "sinais visuais", tais como os sinais vitais, pode ter sido a justificação para os estudantes terem sido mais reactivos ou não terem tomado alguma decisão importante. (2) O facto de terem que digitar em vez de falar. Isso foi considerada como distracção, especialmente pelos estudantes com menos experiência informática, uma vez que era necessário que se concentrem mais no teclado do que no ecrã. (3) A dificuldade na concretização de competências motoras dentro do cenário. Os estudantes de enfermagem nos dois primeiros anos do curso aprendiam através da realização de habilidades psicomotoras, o que não era possível no cenário de «Second Life» (McCallum *et al*, 2011).

Ilustração 12 – Resultados dos estudos sobre o desenvolvimento de competências de tomada de decisão pelo estudante de enfermagem, na dimensão 'Estudante como ser social'



A variedade de estudos internacionais sobre competências de tomada de decisão nos estudantes de enfermagem tem tido, nos últimos cinco anos, algum reflexo em Portugal. Desta forma, existe alguma bibliografia recente sobre a tomada de decisão do estudante de enfermagem português.

Embora a investigação não tenha incidido exclusivamente sobre a tomada de decisão do estudante de enfermagem, Rua (2009), ao debruçar-se sobre o desenvolvimento de competências do estudante em contexto clínico, incluiu a tomada de decisão como uma dimensão importante a considerar. O seu estudo, com metodologia predominantemente qualitativa, teve por base as narrativas de 44 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem e de 10 enfermeiros orientadores da prática clínica, relativas às suas vivências em ensino clínico, durante todo o percurso formativo. Nos resultados, a reflexão emergiu como estratégia prévia às tomadas de decisão dos estudantes, como forma de minimizar a insegurança na execução das intervenções inerentes ao seu papel de estudantes. Segundo a nossa estruturação de apresentação dos estudos, esta pesquisa parece estar de acordo com os estudos internacionais (Bowles, 2000; Campbell, 2008; Garret, 2005), na dimensão de 'o processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes'.

Outro resultado interligado com a tomada de decisão foi a dimensão cognitiva, em que o autor reforça a necessidade do conhecimento para uma tomada de decisão eficaz (Rua, 2009), tal como referem Baxter e Rideout (2006); Botti e Reeve (2003); Campbell (2008); Garret (2005); Gerdeman *et al* (2013); Lasater (2007); e White (2003). As dificuldades dos estudantes, em tomar decisões quando não se sentiam à vontade nos conhecimentos, sugere-

nos incluí-la na dimensão 'o nível de conhecimento do estudante determina a tomada de decisão'.

Também a relação estabelecida entre o estudante e o enfermeiro orientador responsável pela sua formação, foi tida como um dos aspectos relevantes do estudo e facilitador da tomada de decisão. O apoio do enfermeiro orientador devia, por um lado, transmitir segurança pela sua presença mas, por outro, permitir a autonomia do estudante estimulando o seu espírito crítico para a tomada de decisão e promovendo o seu desenvolvimento (Rua, 2009). De acordo com os autores já referenciados (Baxter & Boblin, 2008; Baxter & Rideout, 2006; White, 2003), este processo de orientação do estudante parece estar em concordância com a dimensão 'a interacção entre o estudante e o tutor clínico é útil para a aprendizagem da tomada de decisão'.

No mesmo ano, Santos (2009) realizou uma pesquisa sobre as potencialidades da reflexão sistemática e continuada em ensino clínico na aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes de enfermagem. A investigação, com abordagem qualitativa, recorreu a 50 narrativas reflexivas[250] e 10 metareflexões[251] de dez estudantes, do terceiro ano do CLE, seleccionados aleatoriamente de um programa educacional em ensino clínico promotor de processos reflexivos. Apesar do objectivo de estudo não estar claramente relacionado com a tomada de decisão, o julgamento clínico e a tomada de decisão presentes nos discursos narrativos dos estudantes indicavam que estes processos eram desenvolvidos na prática clínica e tornados conscientes pelo processo reflexivo. Tal constatação remete-nos para a dimensão 'o processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes' no processo de análise que desenvolvemos.

De igual modo, Sousa Pacheco (2011) não centrou o seu estudo na tomada de decisão, mas ao investigar sobre o desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem, ela surge como uma das categorias da análise. O autor desenvolveu um estudo

[250] Pretendeu-se investigar a construção da aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes na formação inicial em contexto de ensino clínico pela utilização da reflexão sistemática e continuada sobre as práticas de cuidados, através de narrativas reflexivas elaboradas a partir de situações experienciais por eles vividas como situações significativas (Santos, 2009).

[251] "No final dos ensinos clínicos, que coincide com o final da construção de narrativas reflexivas, os estudantes participantes no estudo foram convidados a realizar metareflexões a partir da análise pessoal das suas narrativas (…) não foram fornecidas quaisquer orientações escritas ou mais elaboradas para a construção das metareflexões, no sentido de deixar em aberto o campo de possibilidades metanarrativas de cada estudante, permitindo assim a emergência da sua criatividade, singularidade e subjectividade na expressão das suas percepções acerca dos processos reflexivos realizados" (Santos, 2009, p. 382).

de natureza qualitativa, com uma amostra teórica/intencional[252] até à saturação, aos estudantes do curso de licenciatura em enfermagem de uma escola superior de enfermagem. Através da investigação, verificou que a decisão dependia muito da clareza com que os estudantes identificavam um problema e da reflexão que faziam sobre a situação, o que estava relacionado com um conjunto de factores intervenientes que podiam facilitar ou dificultar todo esse processo[253]. Mais uma vez, a dimensão 'o processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes' do nosso processo de análise, surge destacada.

Outra investigação relacionada com a tomada de decisão do estudante de enfermagem, foi elaborada por Mendes, Martins, Oliveira, Silva e Vilaça (2012). O estudo recaiu sobre as percepções dos estudantes de enfermagem acerca dos contributos da metodologia 'aprendizagem baseada em problemas', implementada numa unidade curricular do CLE, para o desempenho em ensino clínico[254]. A temática surgiu de inquietudes de um grupo de docentes de uma escola superior de enfermagem do país, relacionadas com a necessidade de desenvolver a capacidade de decisão e de análise crítica e reflexiva sobre as 'situações problema' com que os estudantes se deparavam em ensino clínico. Para tal, realizaram um estudo exploratório, descritivo com uma amostra de 41 estudantes do terceiro ano. Da análise emergiu um tema 'preparação para o ensino clínico'[255], com uma subcategoria denominada de 'autonomia e decisão'. Os estudantes referiram que, através da metodologia de aprendizagem baseada em problemas, conseguiam estar mais atentos a determinados aspectos, analisar a situação do utente e decidir qual o plano de acção adequado. Os autores concluíram que o desenvolvimento das competências de autonomia e decisão podiam ser maximizados através da aprendizagem baseada em problemas. Este resultado reforça a

[252] Ao seleccionar os estudantes, o autor iniciou a recolha de dados pelos estudantes do quarto ano, "por terem mais experiência, quer pelo facto de já terem mais anos de formação, quer pelo facto de já terem realizado maior número de ensinos clínicos e de terem estado presentes em mais debates, seminários e outras oportunidades de desenvolverem a sua competência ética" (Sousa Pacheco, 2011, p. 57).

[253] Globalmente emergiram cinco factores que influenciavam a análise, reflexão e tomada de decisão: conhecimentos, discussão de situações concretas, experiência/contacto com situações reais nos ensinos clínicos, tipo de orientação e tempo para reflectir (Sousa Pacheco, 2011).

[254] O clínico de enfermagem desenvolvido foi na área da saúde infantil e pediátrica, realizado em contexto de unidades de internamento de pediatria, crianças e adolescentes (Mendes *et al*, 2012).

[255] Os resultados centraram-se em dois temas 1) 'preparação para o desempenho clínico' e 2) 'consciencialização da importância do olhar holístico no cuidar', compostos, respectivamente, por três categorias, cada um. O tema 1), compreendia as categorias a) 'desenvolvimento de competências' (com 5 subcategorias: aa) 'pensamento crítico'; ab) 'juízo diagnostico'; ac) 'resolução de problemas'; ad) 'trabalho em equipa' e ae) 'autonomia e decisão'); b)'integração e mobilização de conhecimentos e c)'sucesso do ensino clínico'. O tema 2) era constituído por 3 categorias a)'valorização dos determinantes da saúde'; 'influência da família no processo de desenvolvimento da criança' e 'confronto com o papel profissional' (Mendes *et al*, 2012)

importância da dimensão 'o processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes'.

Ainda em 2012, para compreender como os estudantes aprendiam a utilizar competências de pensamento crítico no julgamento clínico para a tomada de decisão, em contextos de aprendizagem do cuidar, Godinho e Amendoeira (2012) realizaram uma revisão sistemática da literatura. A pesquisa teve por base a seguinte questão PICO[256]: a utilização do pensamento crítico no julgamento clínico (I) pelo estudante de enfermagem em contextos de aprendizagem do cuidar (P), facilita a tomada de decisão clínica (O)? Foi utilizada a plataforma EBSCO [257] (CINAHL Plus; Medline; Cochrane; Nursing and Allied Health Collection), para publicações entre 2000-2010, com as seguintes palavras-chave: 'nursing education', 'critical thinking', 'clinical judgment', 'student' e 'decision making'. Os resultados revelaram a importância do desenvolvimento cognitivo e do pensamento crítico, como promotores da optimização do julgamento clínico e dos processos de tomada de decisão em enfermagem (Godinho & Amendoeira, 2012). Repete-se aqui a prevalência da dimensão 'o processo reflexivo na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes'.

Mais recentemente, Martinho, Martins e Ângelo (2013) realizaram a adaptação transcultural para versão portuguesa da Decisional Conflict Scale (DCS), [258] de modo a obter informações sobre a tomada de decisão e os factores que influenciavam a opção tomada pelos estudantes de enfermagem portugueses. A utilidade da escala (DCS) residia na identificação desses factores de influência que pudessem ser alterados com as intervenções de enfermagem para uma tomada de decisão mais segura e satisfatória para o utente. A amostra foi constituída por 521 estudantes, dos quais 82% eram do CLE, sendo os restantes do mestrado em enfermagem, e teve como foco a tomada de decisão na síndrome gripal. Além da validação da escala, para a realidade portuguesa, como instrumento fidedigno e válido para a apreciação dos conflitos na tomada de decisão, os autores concluíram que os estudantes tinham algum conflito decisional perante as opções terapêuticas da gripe. Este conflito era acentuado quando os estudantes se consciencializam que estavam inseguros quanto às opções. Resultado que

[256] Os itens da questão de investigação são constituídos por: participantes – quem foi estudado (P); intervenções – o que foi feito (I); comparações – podem existir ou não (C); e «outcomes» – resultados/efeitos ou consequências (O) (Godinho & Amendoeira, 2012).

[257] EBSCO é uma empresa americana de base de dados, fundada em 1944, por Elton Bryson Stephens (a sigla é constituída pelas suas inicias e por 'CO' de «company») sendo, actualmente, uma das importantes bases de dados na área de saúde e da Enfermagem.

[258] Tratou-se de um estudo realizado em Portugal embora a equipa de investigadores tenha sido luso-brasileira. Na versão portuguesa ficou denominada como 'Escala de Conflitos de Tomadas de Decisão em Saúde' (ECTDS) sendo constituída por 3 dimensões: 1) conhecimento e valor atribuído às opções particulares da decisão a tomar; 2) decisão efectiva e 3) suporte à decisão (Martinho *et al*, 2013).

sugere que o nível de incerteza emerge quando as opções de escolha se colocam numa perspectiva pessoal (Martinho, Martins & Ângelo, 2013). Esta pesquisa parece estar de acordo com os estudos internacionais, especialmente na dimensão de 'o estudante sente falta de confiança e medo o que dificulta a sua tomada de decisão'.

Estes estudos nacionais, comparativamente aos que se realizam na sociedade científica internacional, leva-nos a reflectir sobre a necessidade de desenvolver mais esta área da investigação em enfermagem, em Portugal. Tal permitir-nos-á potencializar o corpo de conhecimento em enfermagem e adquirir uma maior compreensão da tomada de decisão pelos estudantes de enfermagem portugueses.

Em resumo, de toda a pesquisa efectuada pode compreender-se a importância do desenvolvimento das competências de tomada de decisão durante o processo educativo. A preocupação com esta questão por parte de vários investigadores, mais ligados ao ensino de enfermagem, remete-nos para o facto de ser uma temática estudada e a estudar em qualquer parte do mundo.

Constata-se que existem várias «nuances» na aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes de enfermagem. Desde a importância do conhecimento para uma tomada de decisão adequada, ao medo e à falta de confiança que os limita a tomar decisões, necessitando de regras e de mais tempo para se orientarem e para optarem, até ao uso de modelos no sentido de se aperfeiçoarem, a tomada de decisão dos estudantes tem várias particularidades que devem ser tidas em conta e atendidas na formação em enfermagem. Também a interacção com os vários actores da sua formação, entre eles o próprio utente, tem uma influência directa na forma como aprendem e como tomam decisões, existindo especificidades ao longo dos anos de formação. Destaca-se a prática de reflexão estruturada, comummente utilizada ao longo do currículo, para consolidação da tomada de decisão pelo estudante e reconhecida pelos próprios, como tal. Técnicas interactivas, como a simulação, mapeamento de conceitos e exercícios informáticos de raciocínio, parecem ter um papel de ajuda na aprendizagem da tomada de decisão, permitindo aos estudantes compreender e aplicar o seu conhecimento teórico na prática.

Para efectivar uma aprendizagem activa da tomada de decisão dos estudantes de enfermagem, promotora do desenvolvimento crítico, um dos paradigmas do ensino superior, torna-se necessário analisar o desenho curricular em enfermagem, bem como as estratégias pedagógicas que lhe dão suporte, o que faremos a partir deste momento.

5 – Que Condições de Aprendizagem são Necessárias para uma Tomada de Decisão Efectiva?

Consideramos o desenvolvimento da estrutura cognitiva do estudante como um dos pilares da formação em enfermagem, e partilhamos da opinião de Godinho e Amendoeira (2012) que defendem a "emergência de paradigmas mais indutivos no Ensino Superior, substituindo orientações mais tradicionalistas, de abordagem dedutiva, com metodologias predominantemente expositivas de ensino (…) Assume-se assim a emergência de um novo paradigma de Desenvolvimento Curricular em Enfermagem" (p. 3). As orientações normativas, quer a nível nacional quer a nível europeu, bem como a investigação realizada, têm salientado o desempenho de profissionais responsáveis, reflexivos e empenhados nas tomadas de decisão. A indispensabilidade de projectar o desenvolvimento dos estudantes a níveis mais elevados, remete as escolas e os docentes de enfermagem a uma procura constante de adequação curricular de modo a que eles tenham uma estrutura cognitiva clara, estável e organizada de forma adequada (Godinho & Amendoeira, 2012; Ferreira, 2005).

O recente Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de Agosto, vem valorizar o conhecimento e reabilitar a sua centralidade, afastando o desenvolvimento de competências da primazia defendida pelo anterior normativo legal[259]. A aquisição de conhecimentos é explicitada como um dos objectivos claros e precisos do ensino superior em que a sua apropriação se deve traduzir num desenvolvimento correlativo de capacidades e atitudes. Tal não parece desvirtuar a formação superior baseada no desenvolvimento de competências, mas sim reforçar o conhecimento como suporte de toda a estruturação e operacionalização do ensino superior nos diversos contextos existentes, o que vai de encontro ao que defende Perrenoud (2004). Pois, sendo a competência a capacidade de agir eficazmente num determinado tipo de situação, esta não se coloca em oposição ao conhecimento. Em vez disso, deter um certo conhecimento[260] é um pré-requisito para uma acção eficaz. Nenhuma acção pode atingir os seus fins, sem o conhecimento do contexto em que tenta assumir o controlo, seja humano, material, simbólico, ou os três em conjunto. A competência está para além de ser um substituto para o conhecimento, ao adicionar a capacidade de usá-los para agir, com sabedoria (Perrenoud, 2004).

[259] No preâmbulo do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, estava referenciado a necessidade de "transição de um sistema de ensino baseado na ideia de transmissão de conhecimentos para um sistema baseado no desenvolvimento de competências" (DL 74/2006, preâmbulo).

[260] Os conhecimentos são "representações da realidade, que construímos e armazenamos ao sabor da nossa experiência e da nossa formação" (Perrenoud, 1999, p. 7).

Opinião partilhada por Le Boterf (2005) quando defende que ser competente é muito mais que conhecimento e só há competência quando esse conhecimento é aplicado na acção. Uma profissão como a Enfermagem, implica saber mobilizar os conhecimentos no contexto da prática dos cuidados. A construção de uma nova cultura de formação dos profissionais de enfermagem tem sido assim um desafio complexo para as escolas superiores de enfermagem, com vista a assegurar a qualificação profissional dos enfermeiros[261].

Por esse motivo, iniciamos a abordagem pela estruturação curricular como forma de determinar qual a perspectiva de ensino subjacente a uma formação adaptada aos problemas de saúde existentes e a um saber decidir e agir em situação.

5.1 – As competências curriculares para a tomada de decisão

Num projecto formativo, como a formação superior de enfermagem, o currículo atinge centralidade, porque além de conhecimento, "também é um processo que adquire forma e sentido, de acordo com a organização em que se realiza e em função do espaço e tempo em que se materializa" (Pacheco, 2011, p. 77), abrangendo o lado das intenções, ou da teoria, e o lado da realidade, ou da prática (Pacheco & Paraskeva, 2000). Razão pela qual, o currículo envolve mais do que as transacções entre os docentes e os estudantes no processo de aprendizagem (Bevis & Watson, 2005).

O currículo é resultado de várias decisões que são tomadas em diferentes contextos e a que correspondem as fases do currículo prescrito, apresentado, programado, de acção, realizado e avaliado [262] (Bevis & Watson, 2005; Gimeno Sacristán, 2000; Pacheco & Paraskeva, 2000). Na sua operacionalização, existem três níveis de decisões: o nível das intenções, onde se situam as políticas educativas que determinam as orientações globais e os

[261] Aqui seguimos, de muito perto, o texto que elaboramos para uma entrevista escrita, como participante no estudo desenvolvido por Silva (2012).

[262] O currículo prescrito reside nas orientações do que deve ser o seu conteúdo e que servem de referência e de ponto de partida para a elaboração de materiais e de controlo do sistema (Gimeno Sacristán, 2000; Pacheco & Paraskeva, 2000). O currículo apresentado aos professores consiste na tradução do significado e dos conteúdos do currículo prescrito, resultando numa interpretação deste, o currículo programado (Gimeno Sacristán, 2000). O currículo de acção é a prática real, guiada por esquemas teóricos e práticos do docente que se concretiza nas intervenções académicas (Gimeno Sacristán, 2000). O currículo realizado surge como consequência da prática, dos efeitos a vários níveis: cognitivo, afectivo, social e moral, entre outros (Gimeno Sacristán, 2000). Corroborando com esta opinião, Bevis e Watson (2005) referem que este é o currículo oculto, o currículo da socialização subtil, do ensino que introduz o pensamento e o sentimento de se sentir enfermeiro. O currículo avaliado salienta determinados componentes sobre outros, reforçando alguns significados e impondo critérios para o ensino e para a aprendizagem (Gimeno Sacristán, 2000).

instrumentos que estruturam a prática curricular; num plano intermédio, ou da escola, readaptam-se as orientações e reorganizam-se os instrumentos curriculares; e por último, ao nível da aprendizagem, são tomadas pelos docentes e pelos estudantes as mais importantes decisões curriculares (Pacheco & Paraskeva, 2000).

Entende-se que o currículo escolar concretize todo o conjunto de oportunidades de desenvolvimento pessoal e de aquisição de novas aprendizagens que a escola oferece aos indivíduos[263]. Nele se especifica o compromisso do Estado em relação à educação, expresso tanto em termos de exigências como dos recursos postos à sua disposição para os atingir, e identifica as dimensões do desenvolvimento pessoal e cultural dos indivíduos sobre os quais a escola se responsabiliza intervir, tornando-se público o compromisso que a escola adquire no que respeita à educação dos cidadãos.

A relação sociedade-cultura-currículo-prática legitima que a actualização do currículo seja maior nos períodos de mudanças dos sistemas educativos. O reflexo da pressão que a instituição escolar sofre repercute-se no ajuste dos seus conteúdos à própria evolução cultural, económica e política da sociedade. Razão pela qual, nos momentos de modificar o sistema educativo, se pense também em novas formas de estruturar os currículos (Gimeno Sacristán, 2000). As reformas curriculares no sistema educativo tendem a obedecer, prioritariamente, à lógica de uma melhor adequação entre os currículos e as finalidades da instituição escolar.

Perspectivar um currículo na era pós-moderna[264] em que vivemos, deve enfatizar a sua natureza construtiva e não linear, considerando-o como o que emerge da acção e interacção dos participantes, proporcionando a construção de sentidos para o mundo em redor, e como um sistema capaz de se auto-organizar (Fernandes, 2000b). Segundo a teoria de Jean Piaget, a construção do conhecimento sucede quando ocorrem acções físicas ou mentais sobre temas que, originando instabilidade, revertem em adaptação e integração dessas acções em direcção a um novo conhecimento (Marques, 2007). O impacto da teoria construtivista na aprendizagem principía com o currículo (Costa, 2007). O construtivismo afasta-se de um currículo padronizado, promovendo, em contraste, um currículo flexível, fundamentado no

[263] Neste ponto, seguimos de muito perto, o texto de Marques (2002).

[264] De acordo com Fernandes (2000b) e Giddens (1998), o conceito de modernidade descreve uma condição social particular com componentes sociais, políticos, culturais e económicos. Tem como elemento central a crença iluminista na razão e na capacidade da ciência proporcionar o domínio sobre a natureza e aperfeiçoar as instituições sociais para se atingir o princípio da realização pessoal ilimitada (Marques, 2002). A pós-modernidade caracterizou-se pela rejeição da eventualidade do conhecimento objectivo e universal, passando a destacar-se o conhecimento como resultado de uma construção social, historicamente determinada, a que era possível aceder utilizando um variedade de métodos (Fernandes, 2000b).

conhecimento prévio de quem aprende e na sua realidade. Para além disso, assenta numa proactividade do individuo na elaboração das respostas esperadas enquanto processos construídos entre si e o meio. Neste processo activo, existe a construção de um saber entre intervenientes com diferentes níveis de conhecimento, numa multiplicidade de perspectivas, através da partilha mútua de conhecimentos (Costa, 2007).

Nesta dimensão construtivista, o currículo deve surgir aberto, flexível, centrado no processo e não no produto, numa procura constante de análise. A aprendizagem baseada em problemas e em contexto que envolvam o aprender, no e com o meio circundante (a sociedade), ou seja, a aprendizagem situada e em comunidade (Costa, 2007). Ideia corroborada por Pacheco (2011) ao referir que a mudança paradigmática, estimulada pela sociedade de conhecimento[265], provocou uma ressignificação do conceito de currículo (mais centrado em quem aprende e não tanto em quem ensina), e da organização curricular, com realce para a organização modular, metodologia activa, currículo baseado em competências/metas de aprendizagem e qualificação dos aprendentes. Embora se possa questionar, como alerta Nóvoa (2009), se a imposição do conceito de competências, apesar do seu papel importante na reflexão teórica e, especialmente, nas reformas educativas, não continua a perpetuar um discurso comportamentalista e de cariz técnico e instrumental.

Contudo, não é possível perspectivar a necessidade de mudanças curriculares e ignorar o espaço europeu de ensino superior, bem como as políticas educativas subjacentes à edificação da sociedade de conhecimento (Pacheco, 2003). Elas têm-se constituído como o motor de uma agenda globalmente estruturada (Dale, 2008; Teodoro, 2001) para a educação, tornando-se espelhos e reflexos de ideias em circulação mundial (Teodoro & Montané, 2009). Na visão crítica destes autores, as influências das avaliações internacionais que de um modo subtil têm influenciado a nossa vida em sociedade, repercutiram-se, a nível do currículo, na sustentação pela terminologia de competências como o estabelecimento de uma política curricular de preparação dos estudantes para o mundo do trabalho (Dale, 2010; Perrenoud, 2004; Teodoro & Montané, 2009). Nesse âmbito, as competências devem ser constituídas em redor de três dimensões: pessoal (ou seja, a noção de capital cultural); social (ou seja, a noção de capital social); e empregabilidade (ou seja, a noção de capital humano) (Teodoro &

[265] A centralidade do conhecimento e da informação, consequentes aos processos de produção, distribuição e consumo, transformaram a organização social e tornaram-se recursos essenciais de produtividade e poder, devido à emergência de novas condições tecnológicas (Stoer & Magalhães, 2003).

Estrela, 2010). Estas 'competências-chave'[266] devem ser entendidas como ferramentas de referência para as políticas nacionais de modo a criar oportunidades de aprendizagem, para todos os cidadãos, numa educação ao longo da vida[267], e em contextos de formação[268] (Teodoro & Estrela, 2010).

O cenário de mudanças e de incertezas que a sociedade tem vindo a produzir nas últimas décadas, confronta os profissionais com a necessidade de uma nova organização do trabalho[269]. Com efeito, o desempenho deixa de valorizar as funções altamente racionalizadas e parcializadas e de ser sustentado por uma organização científica. O modelo de exigências para o perfil profissional actual faz cada vez mais apelo a um conjunto de competências não exclusivamente técnicas, mas do foro pessoal e relacional do indivíduo, como referido no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (OE, 2012). No seu art.º 2, a OE certifica a competência quando:

> o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção. (OE, 2012, p. 7)

Na formação torna-se então uma preocupação central a criação de dispositivos que interliguem diferentes modos de ensino e que promovam o desenvolvimento de várias competências, permitindo ao estudante uma crescente capacidade de intervenção sobre si e sobre o seu trabalho.

Le Boterf (2005), nesta perspectiva de perfil profissional, defende que a competência pode variar segundo os contextos, não se limitando a uma perspectiva individual, porque toda a competência comporta duas dimensões inseparáveis: uma dimensão individual e uma dimensão colectiva, envolvendo, deste modo, não só o profissional, mas também a situação profissional[270]. A competência pode variar entre dois pólos de organizações ou de situações

[266] O conceito de 'competência-chave' é definido como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que devem ser transferíveis e multifuncionais, e incluem a motivação e a disposição para aprendizagem, bem como o «know-how» (Teodoro & Estrela, 2010).

[267] A aprendizagem ao longo da vida expressa toda a actividade de aprendizagem em qualquer momento da vida, com o objectivo de melhorar os conhecimentos, as capacidades e competências, no âmbito de uma vertente pessoal, cívica, social e/ou relacionada com o emprego (Pacheco, 2011).

[268] A "aprendizagem ocorre num contexto estruturado de aprendizagem, em que as actividades se encontram planeadas e orientadas para essa finalidade, e a aprendizagem é intencional" (Pires, 2007, p. 10).

[269] Aqui seguimos de muito perto o texto de Marques (2002).

[270] Le Boterf (2005) apresenta duas conclusões sobre o conceito de competência: do ponto de vista das relações profissionais em que "as novas exigências da competitividade (qualidade, serviço, reactividade, inovação), a crescente complexidade das situações profissionais a gerir motivaram a procura de novas formas de organização do trabalho, deixando margem maior para a iniciativa dos assalariados" (p. 9). Perante isso, a concretização de competências individuais assume-se como fundamental. Do ponto de vista do seu conteúdo, a noção de competência evoluiu. Desenvolveram-se esforços, ao longo dos anos, em formações (centros de formação, formação contínua, reciclagem, formação com qualificação) com o objectivo de aquisição, manutenção e

de trabalho: o pólo das situações de trabalho caracterizadas pela repetição, pela rotina, pela execução das instruções, pela prescrição estrita; e o pólo das situações de trabalho caracterizadas pelo confronto com imprevistos, inovação, complexidade, tomada de iniciativas, prescrição aberta (Le Boterf, 2005).

Assim, nas situações de prescrição restrita, a competência circunscreve-se em termos do 'saber-fazer' [271], reduzindo-se à execução de uma intervenção ou um conjunto de intervenções, a aplicar instruções ou a respeitar estritamente instruções. Esta definição do 'saber-fazer' "corresponde perfeitamente às organizações taylorianas do trabalho e o saber-fazer pode ser considerado como o grau elementar da competência; ela é igualmente pertinente nas situações em que a prescrição se torna restrita por razões de segurança" (Le Boterf, 2005; p. 30).

No ensino superior de enfermagem, o paradigma de desenvolvimento curricular taylorista e behaviorista[272],-tem prescrito o currículo e a direcção do ensino de enfermagem (Bevis & Watson, 2005). No entanto, a orientação taylorista também tem aspectos positivos sendo excelente para aspectos do currículo relacionados com a aquisição dos saberes-fazer, como defendem Bevis e Watson (2005). Razão pela qual, este tipo de competência parece ser o utilizado para a aprendizagem dos estudantes, numa fase inicial (seja do curso ou de uma situação de aprendizagem específica). Tal deve-se a inexperiência dos estudantes e à necessidade de os ensinar permitindo-lhes adquirir competências, orientando-os por normas que guiem as suas intervenções (Benner, 2001), obedecendo tanto à perspectiva de iniciação do saber agir, como à seguridade das situações de cuidados (Le Boterf, 2005). Comparativamente, este conceito de Le Boterf (2005) parece corroborar as competências psicomotoras como etapa principiante de aquisição de competências para a tomada de decisão em enfermagem, defendida por INASCL (2011).

Nas situações de prescrição aberta, a competência tende a ser definida em termos do 'saber agir' e 'saber reagir', em que o ser competente se situa no 'saber o que fazer' e 'quando', não se limitando ao ser capaz de executar o prescrito, mas em ir mais além dele. Perante as "eventualidades, a complexidade dos sistemas e das lógicas de acção, o profissional deverá saber tomar iniciativas e decisões, negociar e arbitrar, fazer escolhas,

maximização de competências dos funcionários. As empresas e as organizações tiveram sempre focalizadas nas competências mas as situações de trabalho mudaram. Face a tal, a dimensão das relações profissionais adquire um carácter importante na abordagem das competências (Le Boterf, 2005).

[271] Ver pág. 74 deste estudo.

[272] Paradigma de ensino reducionista onde o estudante responde ao estímulo e faz uma avaliação no final para passar, mesmo que não tenha aprendido (Silva & Pacheco, 2005).

correr riscos, reagir a problemas, inovar no quotidiano e assumir responsabilidades" (Le Boterf, 2005, p. 30). Na formação superior de enfermagem, a aquisição de competências é um elemento implícito no núcleo do currículo de enfermagem e é assumido que este requisito se desenvolva ao longo do tempo (Baxter & Boblin, 2008). Deverá ser considerado a evolução do estudante no desenvolvimento gradual de autonomia e domínio relativamente às áreas de competência através da integração dos estudantes em cenários da prática clínica que promovam o desenvolvimento do seu desempenho (Santos, 2009). Também este conceito de Le Boterf (2005) sugere similitude com a definição da INASCL (2011) ao considerar o julgamento e a tomada de decisão como o mais alto nível de competência em enfermagem.

Aplicando esta noção de plasticidade do conceito de competência (Le Boterf, 2005) ao ensino superior de enfermagem, relativamente ao desenvolvimento de competências, a tendência é de ultrapassar as situações de prescrição estrita podendo, no entanto, coexistir estes dois pólos em situação de aprendizagem do cuidar: quer em contexto da prática clínica, quer em contexto teórico. Pretende-se que o estudante, no final do curso, saiba mobilizar os seus recursos pessoais (cognitivos, relacionais, atitudinais e técnicos), e os recursos do contexto (interacção com os outros, utilização de normas e regras, recursos materiais), seleccionando-os, incorporando-os e ajustando-os de forma a gerir as situações de cuidados dos contextos de prática (Pires, 2002; Rua, 2009). Tal traduzir-se-á num desempenho competente ou proficiente do estudante, segundo a terminologia de Benner (2001)? Conseguirão os estudantes de enfermagem chegar a peritos ao longo dos quatro anos do curso de licenciatura em enfermagem?

Subentende-se desta forma que uma formação orientada para o desenvolvimento de competências requer um programa assente no entrosar das competências transversais e das competências disciplinares (Perrenoud, 1999). Na procura das competências transversais, emergem um conjunto de listagens, com variadas denominações consoante os autores, como as 'competências chave', os '«soft skills»', as 'competências genéricas' e as 'competências de terceira dimensão'[273]. Mas a análise das diversas abordagens converge numa sobreposição de capacidades do foro pessoal e relacional, como: saber comunicar, raciocinar, argumentar, negociar, organizar, aprender, procurar informações, conduzir uma observação, construir uma estratégia, tomar ou justificar uma decisão. Contudo, as competências transversais estão profundamente relacionadas com as competências disciplinares, porque se situam na

[273] Seguindo de muito perto o texto de Marques (2002).

intersecção de diferentes disciplinas [274], como alerta Perrenoud (1999). As competências disciplinares são assim, as competências globais, de integração, que agrupam e estruturam um conjunto de conhecimentos, o 'saber-fazer' e o 'saber-ser'[275] nas suas dimensões transversais e disciplinares, a serem desenvolvidas numa situação de aprendizagem (Perrenoud, 1999; 2010).

A Enfermagem tem como missão cuidar das pessoas vulneráveis e proporcionar cuidados de prevenção, de cura e de manutenção (Bevis & Watson, 2005). Na conjuntura actual, o foco da formação em enfermagem circunscreve-se ao desenvolvimento das competências inerentes ao cuidar, de acordo com as necessidades identificadas pela pessoa, doente ou saudável[276]. O campo de competências da Enfermagem assenta num prolongamento ou substituição do que os utentes dos cuidados não conseguem assegurar por si, procurando os meios mais adequados para o conseguir. O facto da formação em enfermagem ter passado a ensino superior, e de acordo com as '**políticas educativas'**[277] que regem o ensino superior, notou-se uma preocupação com a aquisição de novas competências[278] de modo a que as necessidades de todas as pessoas possam ser atendidas.

Mas as políticas educativas não se podem dissociar das orientações europeias, ou seja, da institucionalização de uma instância supranacional como reguladora de políticas nacionais no âmbito da Educação e da formação (Antunes, 2008b, Gimeno Sacristán, 2008). Como referido anteriormente, o projecto «Tuning» [279] foi criado para assegurar a comparabilidade dos currículos e como garantia de competências gerais e específicas, bem

[274] No contexto curricular, disciplina significa o conhecimento compartimentado, limitado por fronteiras fechadas e organizado para a aprendizagem (Machado & Gonçalves, 1991; Pacheco 2009a).

[275] A validação do conhecimento científico fez emergir uma nova racionalidade que acentua o papel do sujeito, da intersubjectividade e do contexto em que o conhecimento é elaborado. A aprendizagem deverá ser encarada como um processo de construção do conhecimento, de apropriação pessoal e estruturação significativa de informação, implicando cada sujeito no seu todo (Marques, 2002).

[276] Aqui seguimos, de muito perto, o texto que elaboramos para uma entrevista escrita, como participante no estudo desenvolvido por Silva (2012).

[277] Segundo a Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto, o ensino superior politécnico (onde está incluído o ensino de enfermagem), norteado por uma óptica permanente de investigação aplicada e de desenvolvimento, com o objectivo de compreender e solucionar problemas concretos, "visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise critica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de actividades profissionais"(n.º 3, do artigo 11º).

[278] Os exemplos referenciados no projecto do relatório sobre as 'Alterações introduzidas na formação superior pelo Processo de Bolonha', Lourtie, Fontes e Afonso (2009) referem «workshops» sobre métodos de pesquisa, métodos de estudo, trabalho em grupo, multiculturalidade, gestão emocional e do stress. O ensino de enfermagem não foi estranho a estas reformas educativas tendo abrangido áreas como 'Gestão de Ansiedade e Técnicas de Relaxamento', 'Comunicação e Gestão de Conflitos', 'Desenvolvimento Pessoal e Sócio-profissional', entre outras. Informação disponível em: http://goo.gl/dS8qfl

[279] Ver pág. 56 deste estudo.

como de resultados de aprendizagem (Tuning, 2008). Respectivamente para enfermagem, e ao nível de primeiro ciclo de formação superior[280], o objectivo do programa

> is to prepare graduate registered nurses who are safe, caring and competent decision makers who accept personal and professional accountability[281] for their actions. Their programme is research and evidence based, actively promoting critical thinking, independent and ethical practice. (Tuning, 2010, p. 77)

Na lógica de um referencial para a configuração dos currículos quanto à estrutura e conteúdos, as competências específicas[282] defendidas para enfermagem assentam em cinco competências: valores profissionais; comunicação e competências interrelacionais; prática de enfermagem e competências de tomada de decisão; liderança, gestão e trabalho de equipa; e conhecimento teórico que sustente a prática profissional e a investigação em enfermagem. Estas orientações europeias foram dimensões que os planos curriculares dos cursos de primeiro ciclo consideraram na sua estrutura e desenvolvimento (Amendoeira, 2009), bem como as 'Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais', definidas pela OE (2003). Competências que parecem corroborar a opinião de Perrenoud (2010) ao destacar a complementaridade entre as competências transversais e disciplinares para uma formação que se pretende adequada ao contexto actual.

Na reflexão sobre a formação em enfermagem realizada em Portugal, Rua (2009) aponta como um dos principais desafios uma mudança do paradigma de cuidar, relacionada com os '**novos problemas de saúde'** resultantes do envelhecimento e dos estilos de vida bem como, da reestruturação dos serviços de saúde. Surgem, nesta perspectiva, diversos desafios ao desenho e desenvolvimento curricular da formação em enfermagem que se interligam com os mesmos desafios que se colocam às instituições de saúde, à profissão e que estão subjacentes à '**complexidade das situações'** de saúde e doença (Rua, 2009). A influência da globalização no campo da saúde está relacionada com o designado processo de integração europeia, e o seu papel na elaboração das '**políticas de saúde'**. Face aos grandes objectivos dos sistemas de saúde de protecção social, os governos são actualmente confrontados com a necessidade de incrementar políticas de contenção de gastos, afastando-se do planeamento directo e da gestão, mas mantendo ou reforçando o papel de regulador do sistema (Simões,

[280] A abordagem do projecto «Tuning» (2010) envolve os três níveis de formação superior – bacharelato/licenciatura, mestrado e doutoramento, contudo pelo âmbito do nosso estudo só nos iremos debruçar pelo primeiro ciclo.

[281] A quantificação de tudo o que os enfermeiros fazem, envolvendo a descrição ou a explanação das decisões e das acções resultantes, justificando porque essas acções foram necessárias (Aston *et al*, 2010; Standing, 2011).

[282] As competências genéricas defendidas para enfermagem assentem em quatro competências: trabalho de equipa; comunicação; pensamento crítico e aprendizagem ao longo da vida (Tuning, 2010).

2004) [283]. O que se reflecte em duas dimensões de efeitos: a gestão dos recursos da saúde pela racionalização dos recursos financeiros e, os efeitos na saúde das pessoas e no sistema de saúde, como afirma o 'Relatório Primavera 2013', do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2013).

O próprio sistema de saúde, com o propósito de se actualizar e de se reestruturar a todos os níveis destaca a centralidade no cidadão, e defende o '**trabalho de equipa'**, baseado na complementaridade de intervenientes com especificidades diferentes como estratégia adequada (Abreu, 2001). Torna-se também necessário as '**capacidades individuais'** ligadas à criatividade para fazer face aos desafios internos e externos da organização onde se prestam cuidados. Estes desafios são derivados da transformação dos '**contextos socioculturais'**, especialmente, da consciencialização dos cidadãos relativamente aos seus direitos e deveres, ao desenvolvimento moral e à participação na vida da comunidade originando um aumento do nível de expectativas relativamente à qualidade dos cuidados de saúde (Rua, 2009).

Como a sociedade se vai tornando cada vez mais complexa, onde ocorre um rápido '**desenvolvimento tecnológico e científico**', não basta ensinar os estudantes para um desempenho profissional em áreas de competências estreitamente definidas. Torna-se necessário uma organização dos conteúdos assente numa concepção de desenvolvimento de competências, em que a tomada de decisão se assuma como um foco importante do ensino de enfermagem. O centralizar da formação na aquisição de competências, numa lógica construtivista, poderá ocasionar que, em certas funções, os conhecimentos específicos tenham um impacto menor do que a capacidade reflexiva ou a de aprender, contribuindo para reequilibrar uma visão do mundo exageradamente esquemática, ligada às divisões dos saberes (Perrenoud, 1999). Desse modo, é importante que na construção do currículo de enfermagem se atenda às especificidades da profissão, com uma crescente 'academização' do conhecimento [284] (Amendoeira, 2006a) sustentada por uma '**prática reflexiva'**, numa construção de saberes intimamente ligado ao desenvolvimento de competências (Rua, 2009).

A escola, instituição que ministra o curso de licenciatura em enfermagem, através da '**centralização em situações de aprendizagem'** e da utilização de '**métodos de promoção do pensamento crítico'**, assume-se assim como um local privilegiado na formação dos

[283] Aqui seguimos, de muito perto, o texto que elaboramos para uma entrevista escrita, como participante no estudo desenvolvido por Silva (2012).

[284] Os saberes de enfermagem que os enfermeiros utilizam actualmente na sua prática de cuidados têm ganho estatuto académico evoluindo numa procura de legitimação de saberes pela valorização da reflexividade na acção e de uma prática baseada na evidência (Amendoeira, 2006a).

estudantes para a vida profissional. Possibilita desta forma, que os estudantes adquiram uma abrangência de competências de forma a desempenharem as suas funções enquanto enfermeiros, de acordo com as necessidades e as expectativas sociais (Rua, 2009; Santos, 2009). Mas a escola, tem também um papel importante na determinação do currículo e na sua tradução em planos (Bevis & Watson, 2005) impondo um cunho especial de acordo com a sua cultura, consoante o conteúdo e a forma [285] que a caracteriza (Fernandes, 2000b). Considerando a cultura como o modo como os intervenientes compreendem os valores da organização influenciando as atitudes e valores dos elementos da organização, bem com o desenvolvimento desta. Neste sentido, a concepção e elaboração do currículo e dos planos de formação que o compõem, dependem da '**cultura da escola'**, não só pelos comportamentos e práticas dos seus elementos mas também pelas atitudes e valores que defendem, constituindo um resposta individualizada da própria organização (Fernandes, 2000b; Rua, 2009).

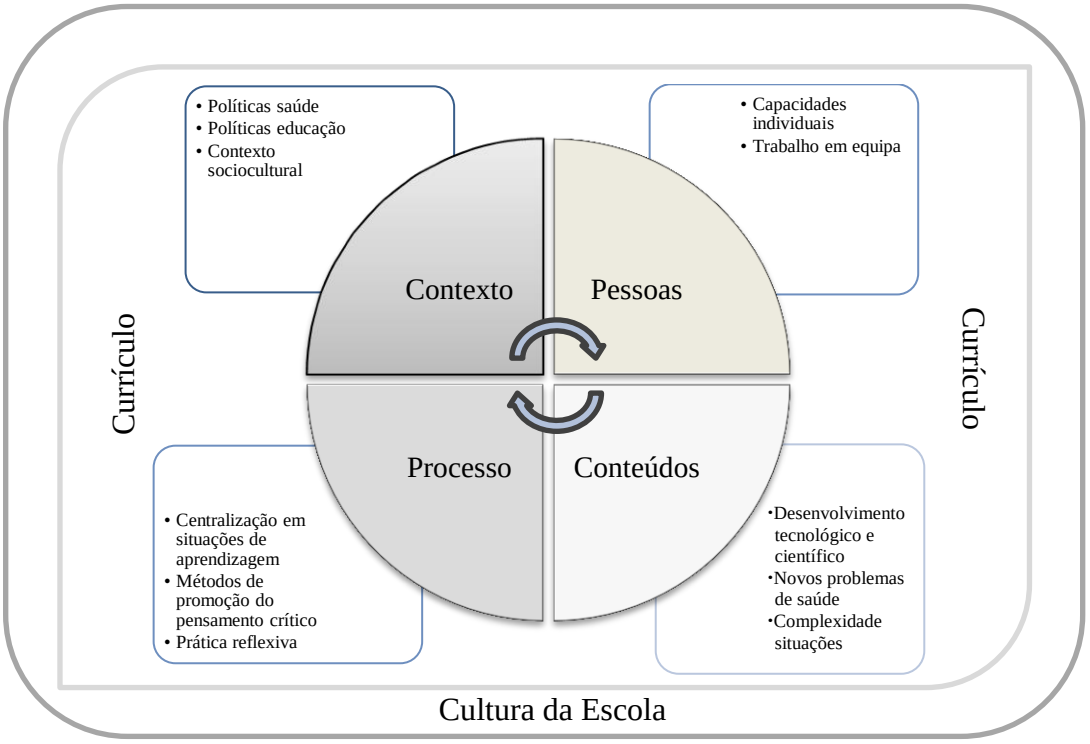
Em jeito de síntese, e corroborando a concepção de desenvolvimento curricular definida por Rua (2009), que enquanto processo, sustenta-se em várias dimensões: contexto (políticas de saúde, políticas de educação, contexto sociocultural); pessoas (capacidades individuais, trabalho em equipa); conteúdos (desenvolvimento tecnológico e científico, novos problemas de saúde, complexidade das situações); e processo (centralização em situações de aprendizagem, métodos de promoção do pensamento crítico, prática reflexiva). Todo este processamento, independentemente do desenho curricular, está também ancorado na cultura da escola, como se apresenta na ilustração 13.

A complexidade inerente a um mundo em transformação questiona as competências e os saberes que os profissionais de saúde necessitam mobilizar no decurso da actividade profissional[286]. O estudante de enfermagem, enquanto pessoa que aprende a cuidar de outras pessoas, precisa de um apoio crescente no seu processo de transição até ser profissional. Tornar-se um profissional qualificado vai exigir-lhe um conjunto de competências diversas, em que a tomada de decisão é a pedra angular dos cuidados de enfermagem de qualidade, como referido anteriormente [287] . Só existe competência quando a mobilização dos conhecimentos supera o aflorar reflexivo ao alcance de cada um e acciona esquemas constituídos.

[285] O 'conteúdo' da cultura está relacionado com as atitudes, crenças, valores e formas de vida substantivas que os elementos de uma organização possuem. A 'forma' descreve os padrões de relação e modos de associação entre os elementos de uma cultura (Fernandes, 2000b).
[286] Aqui seguimos de muito perto o texto de Marques (2002).
[287] Ver pág. 20 e 96 deste estudo.

> A construção de competências, pois, é inseparável da formação de esquemas de mobilização dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma acção eficaz. Ora, os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos em uma situação de acção complexa desenvolvem-se e estabilizam-se ao sabor da prática. No ser humano, com efeito, os esquemas não podem ser programados por uma intervenção externa. Não existe, a não ser nas novelas de ficção científica, nenhum «transplante de esquemas». O sujeito não pode tampouco construí-los por simples interiorização de um conhecimento procedimental. Os esquemas constroem-se ao sabor de um treinamento, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quando associado a uma postura reflexiva. (Perrenoud, 1999, p. 10)

Ilustração 13 – Factores intervenientes no desenvolvimento curricular, segundo Rua



Fonte: Adaptado de Rua (2009).

Daí que o referencial de competências apresentadas por Perrenoud (1999) como as 'competências para ensinar' sejam uma tipologia estruturante de um desenvolvimento curricular centrado na aquisição de competências. O autor descreve-as numa forma global de oito domínios de competências, sem carácter redutor ou exaustivo, que contribuem para uma (re)visão das competências estruturais do currículo, no geral, e no ensino da tomada de decisão, em particular (quadro 12). Perante a sua globalidade, esta classificação será utilizada na análise do currículo de enfermagem.

Quadro 12 – As competências para ensinar, segundo Perrenoud

	COMPETÊNCIA
1.	Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados
2.	Trabalhar regularmente por problemas
3.	Criar ou utilizar outros meios de ensino
4.	Negociar e conduzir projectos com os estudantes
5.	Adoptar um planeamento flexível, improvisar
6.	Implementar e explicitar um novo contrato didáctico
7.	Praticar uma avaliação formativa
8.	Dirigir-se para uma menor compartimentação disciplinar

Fonte: adaptado de Perrenoud (1999).

5.1.1 – Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados

Uma abordagem por competências determina o lugar dos conhecimentos – eruditos ou não – na acção[288]. Eles constituem recursos, frequentemente determinantes, para identificar e resolver problemas, para preparar e tomar decisões. Não se trata de expor, exaustiva e doutoralmente, tudo o que deve ser feito, lembrando metodicamente conhecimentos esquecidos, mas sim decidir nas condições efectivas da acção, por vezes com informações incompletas, com condições pouco favoráveis e incertezas de todos os tipos (Perrenoud, 1999). Por outras palavras, e segundo Perrenoud (1999), construir uma competência significa aprender a identificar e a encontrar os conhecimentos pertinentes[289].

Um currículo pautado por competências incorpora e integra conhecimentos gerais, profissionais, experiências de vida e de trabalho que habitualmente são desenvolvidos isoladamente (Silva & Pacheco, 2005). Os autores referem ainda que novos rumos da Educação indicam uma concepção construtivista de aprendizagem onde a memorização compreensiva, funcionalidade do conhecimento e aprendizagem significativa são os alicerces da aquisição de saberes para actuar. Com base nisso, o ensino superior baseado no currículo por competências possibilita ao estudante tomar consciência das incertezas profissionais que têm marcado o século XXI. O profissional moderno necessita de decidir na incerteza e agir na urgência (Silva & Pacheco, 2005; Pires, 2007). O ensino deve favorecer a capacidade de generalizar para permitir a resolução dos problemas específicos, assente no que refere Morin

[288] Aqui seguimos de muito perto o texto de Marques (2002).
[289] O conhecimento pertinente é "aquele que é capaz de situar toda a informação no seu contexto, e se possível, no conjunto em que se inscreve" (Morin, 2002b, p. 15).

(2002b), "mais vale uma cabeça bem feita do que bem cheia"[290] (p. 23). A missão da Educação é ajudar cada homem a desenvolver todas as suas potencialidades, e a tornar-se um ser humano completo e não um instrumento da economia[291]. A inclusão, para além dos saberes científicos, de uma visão filosófica e religiosa da condição humana e da vida, fazem emergir um conjunto de saberes, que na opinião de Morin (2002a)[292], são os saberes necessários ao ensino do século XXI, em todas as sociedades e em todas as culturas, sem excepção.

A organização dos conteúdos assente numa concepção de desenvolvimento de competências, não abdica dos saberes próprios de cada formação. O ensino de enfermagem deve formar enfermeiros que, além de saberem aplicar um corpo de conhecimentos técnicos em presença de sinais, de normas, consigam descobrir, reconhecer situações e procurar com as pessoas o que para elas pode ter sentido. E também procurar que aprendam a pensar no que fazem e como o fazem de modo a que a reflexão 'na' e 'sobre' a acção seja uma prática recorrente nos cuidados que desenvolvem (Schon, 1994).

A enfermagem, tal como outras profissões no âmbito da saúde, tem necessidade de mobilizar e trabalhar um leque variado de conhecimentos. Na perspectiva de Abreu (2008), independentemente dos modelos de referência, os conceitos base subjacentes ao domínio de enfermagem devem estar centrados no "utente, transição, interacção, processo de enfermagem, assistência e saúde" (p. 247). Nestes, o conceito de utente ou beneficiário dos cuidados, afigura-se como o mais importante e estruturante, como uma realidade multidimensional.

O exercício de competências de alto nível passa por um julgamento e um raciocínio profissional, defende Perrenoud (2010), tipo 'raciocínio clínico' inerente às profissões médicas (e a que nós acrescentamos, à de enfermagem também). Nestas profissões, o raciocínio para uma aprendizagem eficaz, envolve os conhecimentos, quer os da prática, quer os da investigação sobre o processo de ensino e de aprendizagem (Perrenoud, 2010). Parece surgir deste modo, a emergência de um novo paradigma de desenvolvimento curricular em

[290] Para Morin (2002b), 'uma cabeça cheia' é uma cabeça onde o saber está acumulado, empilhado, não dispondo de um princípio de selecção e de organização que lhe dê sentido. 'Uma cabeça bem feita' significa que, mais do que acumular o saber, é importante dispor de uma capacidade de generalização e, de princípios organizadores que possibilite reler os saberes e de lhes dar sentido.

[291] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

[292] Os sete saberes necessários à educação do século XXI, foram definidos por Edgar Morin, a pedido da UNESCO e incluem: "As cegueiras do conhecimento: o erro e a ilusão; (…) os princípios de um conhecimento pertinente; (…) ensinar a condição humana; (…) ensinar a identidade terrena; (…) afrontar as incertezas; (…) ensinar a compreensão; (…) a ética do género humano" (Morin, 2002a, p. 16-21).

enfermagem, centralizado em teorias de interacções e transacções e numa aprendizagem activa, precursora do desenvolvimento do pensamento crítico e do julgamento clínico para tomada de decisão, nos contextos de aprendizagem do cuidar (Bevis & Watson, 2005; Godinho & Amendoeira, 2012).

A formação por competências exige uma alteração da visão do ensino e do papel do professor[293]. Este tem que largar a postura de um 'simples especialista' [294] para se tornar num animador, substituindo a lógica de ensino pela lógica de formação. Neste âmbito, e na perspectiva de Perrenoud (1999), há a considerar quatro importantes mudanças identitárias por parte do professor: atender à importância da relação pragmática com o saber e não se confinar ao saber erudito e descontextualizado da experiência; aceitar a desordem, a incompletude e a aplicação dos conhecimentos numa lógica de acção em função de uma real necessidade; desistir do domínio da organização dos conhecimentos na mente do estudante, necessitando de uma perícia para sugerir e fazer trabalhar as ligações entre conhecimentos (Morin, 2002b) e não em expor os conhecimentos (Freire, 1972); ter uma prática pessoal do uso dos conhecimentos na acção, pressupondo a obtenção das competências que pretende formar (Perrenoud, 1999). Ou como refere Collière (1999), que não esteja em ruptura com a prática profissional, pois, nesse caso, tudo o que ensina perde sentido.

5.1.2 – Trabalhar regularmente por problemas

Uma 'situação problema' para ser considerada como situação de aprendizagem deve implicar, por parte do estudante, um conjunto de decisões tomadas para alcançar um objectivo que ele seleccionou ou que lhe foi proposto[295]. Deve estar organizada em torno da superação de um obstáculo, uma resistência suficiente que leve o estudante a investir os seus conhecimentos anteriores, disponíveis, bem como as suas representações, para que promova um questionamento e a elaboração de novos conhecimentos.

O trabalho por 'situação problema' reforça o papel do professor como formador, cuja preocupação principal será de criar condições favoráveis para a acção do aprender. Para tal, deve colocar o estudante "em situações que o obrigam a alcançar uma meta, a resolver problemas, a tomar decisões" (Perrenoud, 1999, p. 57). O professor tem um papel relevante ao identificar e auxiliar o estudante a reconhecer o obstáculo e torná-lo no ponto fulcral da acção

[293] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).
[294] A referência ao 'simples especialista' assenta no conceito do profissional detentor de um saber que é incapaz de mobilizar perante uma situação complexa e, não como o conceito de perito/especialista competente, desenvolvido anteriormente (ver pág. 110).
[295] Aqui seguimos, de perto, o texto de Marques (2002).

pedagógica. Este processo pressupõe: uma capacidade criativa para manter 'situações problema' estimulantes e surpreendentes; uma capacidade de identificar quais as situações de aprendizagem solicitadas, tenham sido previstas ou não, e a certeza de que, trabalhando dessa forma, todos os objectivos essenciais serão abordados, mesmo sem ser pela ordem pré-estabelecida; uma capacidade de análise das situações, das tarefas e dos processos mentais do estudante, acompanhada por uma capacidade de comunicação que lhe permita ver o ponto de vista do outro, para além da sua perícia; uma capacidade de gestão das actividades pedagógicas num ambiente complexo onde constam os trabalhos em grupo, a duração de actividades de difícil previsão e os imprevistos epistemológicos (Perrenoud, 1999).

A prática de mudanças curriculares no ensino superior tem ocasionado uma reflexão sobre as vantagens e desvantagens de uma estrutura curricular por competências, salientando a necessidade de uma intervenção activa do estudante no seu processo de aprendizagem de forma crítica e construtiva (Silva & Pacheco, 2005). Como a competência envolve conhecimentos, situações e procedimentos, numa organização estruturada, permite perante uma família de situações, identificar uma 'situação problema' e a sua resolução através de uma acção eficaz (Silva & Pacheco, 2005).

A perspectiva de ensino sobre o questionar de cuidados, de 'situações problema', é também defendida para a formação de enfermagem por Collière (1999)[296]:

> Isto supõe que aqueles que transmitem o conteúdo profissional, se mantenham em contacto com a realidade quotidiana, partindo de situações, e que ponham em acção a sua prática de cuidados de uma maneira diferente e complementar, procurando, com o pessoal dos serviços, o significado dos pedidos de cuidados e como lhes responder. Ao contrário de um ensino estático, reduzido a maior parte das vezes, a um armazenamento de conhecimentos fixos a aplicar, é a partir de um questionar sobre as situações de cuidados que se torna possível mobilizar, de maneira apropriada, conhecimentos variados e diferenciados, permitindo, assim, aumentar o saber profissional (p. 340).

Estes princípios que sustentam o ensino por situações problema parecem corroborar os princípios da Educação problematizadora [297] , defendida por Freire (1972). A problematização implica o diálogo problematizador, o estímulo do conflito ou desequilíbrio cognitivo, numa construção da relação efectiva entre professor e estudante, como referem Garanhani, Alves, Almeida e Araújo (2012). O importante é criar uma resistência, um obstáculo, que leve o estudante a um questionamento e a novas ideias. Contudo, neste processo de ajudar o estudante a superar os obstáculos, o professor tem um papel determinante de apoio para evitar desistências e desânimos (Perrenoud, 1999).

[296] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

[297] Em contraste com o que o autor denomina de 'educação bancária', a qual consiste num acto de depositar, onde os educandos são depositários e o formador, o depositante. A 'educação problematizadora' que promove a libertação, actua sobre isso mesmo. Enquanto a primeira, inevitavelmente, mantém a oposição educador-educandos, a segunda realiza a superação (Freire, 1972).

Esta aprendizagem inovadora (Bevis & Watson, 2005) tem como princípio estruturante a participação. Participação, que se caracteriza por uma atitude veiculada pela cooperação, pelo diálogo e pela empatia. Pegando no modelo teórico de King (1984), uma relação assim sugere o que a autora denomina de transacção, onde a díade docente-estudante alcança as metas que estabeleceram em conjunto. Esta abordagem aplicada ao ensino de enfermagem, num sentido de construção curricular, pressupõe o cuidar como uma acção moralmente informada e que resiste à redução da pessoa (estudante ou professor) ao estatuto de objecto (Bevis & Watson, 2005). Ou como acrescenta Waldow (2009b), num ambiente de ensino onde se privilegia o cuidado, os actores (docentes, estudantes) assumem riscos e constroem um contrato filosófico, político, ético e moral.

5.1.3 – Criar ou utilizar outros meios de ensino

Estruturar a formação por competências e por situações problema implica reinventar meios de ensino, pondo de parte as actividades 'prontas a usar' (Perrenoud, 1999)[298]. A abordagem inovadora pode incluir desde a elaboração de um jornal ou prática de uma correspondência, até à utilização de exercícios tradicionais, mas numa perspectiva de aquisição de competências. Isso pressupõe por parte do docente, uma capacidade de adaptação com os meios ao seu alcance.

A utilização de diários como forma de potencializar a reflexão e a reconstrução das experiências vividas (Zabalza, 2011), tanto no aspecto racional como emocional, promove um desenvolvimento do pensamento crítico. No ensino de enfermagem, os diários, pessoal ou de campo, têm surgido como uma actividade a desenvolver com o objectivo de explorar e desenvolver a expressão individual, bem como a criatividade e a capacidade de pensar e de sentir (Waldow, 2009a; Alfaro-LeFevre, 2013). O termo 'diário'[299] não se refere a uma actividade que deve obrigatoriamente ser registada diariamente, mas, no entanto, sugere uma periodicidade (Zabalza, 2011).

O 'diário pessoal'[300] viabiliza um registo do desenvolvimento pessoal, além de permitir um desenvolvimento da capacidade de escrita, por si só. Pode ser utilizado numa forma livre em que os estudantes escrevem sobre as suas reacções, sentimentos, reflexões e cujo tema fica ao critério de cada um. Como pode obedecer a um objectivo predeterminado quando é solicitada a expressão de sentimentos, reacções, opiniões sobre um tema específico.

[298] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).
[299] Ver pág. 39 deste estudo.
[300] Ver pág. 39 deste estudo.

O professor deve, em conjunto com os estudantes, determinar o número, o tipo de diário a desenvolver, servindo em algumas circunstâncias como elemento de avaliação. Não existem critérios sobre o tamanho ou o formato; porém, é importante que todos tenham conhecimento dos objectivos a atingir para evitar um envolvimento por obrigação e, muitas vezes, sem conteúdo. Este tipo de diário permite ao professor conhecer melhor cada estudante, as suas ideias, problemas e os sentimentos perante a multiplicidade de situações. Todos os diários escritos devem ser devolvidos aos estudantes com um comentário do docente, o que se torna bastante apreciado. Além do «feedback», é também utilizado como veículo de comunicação e de esclarecimento de dúvidas (Waldow, 1995; Zabalza, 2011).

O 'diário de campo'[301] é considerado de extrema importância nas actividades de estágio. Consta de registos de opiniões, observações e avaliações relativas às intervenções desempenhadas, obedecendo ou não, a um critério preestabelecido. Permitem uma estruturação dos meios de aprendizagem, pois incidem no delinear dos objectivos individuais (específicos às necessidades de aprendizagem e relacionadas com os objectivos das unidades curriculares); na síntese de artigos ou livros; no trabalho de crítica (de artigo, livro e outros) e na formulação de um ponto de vista para debate. A orientação do professor deve estimular o esforço do estudante, mostrar-se disponível e sugerir métodos e estratégias apropriadas ao desenvolvimento individual de cada aprendizagem (Waldow, 1995).

O uso de diários, ao possibilitar um processo reflectivo sobre as experiências, incidentes críticos[302] ou exercícios (Waldow, 2009a), promove o desenvolvimento de competências reflexivas. Torna o sujeito conhecedor do que faz na análise retrospectiva consciente e intencional realizada sobre o que aconteceu e permite-lhe controlar a sua experiência (Santos, 2009). Para a autora, a simplicidade de um enquadramento reflexivo é importante para a sua utilização pelos estudantes de enfermagem,[303] tal como o apresentado no ciclo reflexivo de Gibbs. O processo dinâmico é constituído com seis questões que dão estrutura para a reflexão sobre uma experiência, sendo: 1)'descrição' (o que aconteceu?); 2)'pensamentos e sentimentos' (o que estou a pensar e a sentir?); 3)'avaliação' (o que foi bom

[301] Ver pág. 39 deste estudo.
[302] Segundo Benner (2001), o incidente crítico é uma situação de cuidados que foi significativa para o enfermeiro por diversos motivos: quer porque sentiu que a sua intervenção foi determinante relativamente ao futuro do utente, directa ou indirectamente; quer porque tenha sido uma situação que finalizou particularmente bem; ou ainda por ser uma situação que traduza o mais alto nível de cuidados ou tenha requerido intervenção especifica dos enfermeiros. Neves (2005), com base na definição da Benner (2001), acrescenta também que os incidentes críticos são modelos paradigmáticos para os enfermeiros utilizando-os como variável de análise no seu estudo.
[303] A construção da experiência clínica pelo estudante de enfermagem, e a consequente reflexão, será facilitada com um modelo de reflexão simples, no sentido de compreensível, permitindo o seu desenvolvimento nesse domínio (Santos, 2009).

e mau na experiência?); 4)'análise' (que sentido(s) posso encontrar na situação?); 5)'conclusão' (o que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?); 6)'planear a acção' (se voltar acontecer o que irei fazer e/ou que contributos para o meu desenvolvimento profissional futuro?) (Bulman & Schutz, 2004).

5.1.4 – Negociar e conduzir projectos com os estudantes

Nesta formação por competências, o professor não define unilateralmente as 'situações problema'[304]. Embora seja da sua responsabilidade a construção e apresentação aos estudantes, ele terá de as negociar o bastante para se tornarem significativas e mobilizadoras para a maioria dos estudantes. Mas não se trata de atender a qualquer preço às exigências dos estudantes. A negociação é uma forma "não só de respeito para com eles, mas também um desvio necessário para implicar o maior número possível de alunos em processo de projecto ou solução de problemas" (Perrenoud, 1999, p. 62).

A utilização do processo de projecto deve ter em conta a sua viabilidade de modo a criar condições para consolidar ou desenvolver competências mas que não crie uma tensão impeditiva por o objectivo ser demasiado ambicioso. A lógica da acção será, antes de tudo, confrontar com obstáculos que promovam novas aprendizagens, numa estrutura de projectos e de situações complexas (Perrenoud, 2010).

Sendo projecto uma acção de natureza intencional, através da qual os actores sociais, utilizam sistematicamente informação, conhecimentos e pensamento crítico, vai permitir assinalar um problema real que se pretende resolvido, atingindo o estado ideal que se pretende (Barbier, 1993). A partir do referencial de percepção da realidade e identificação dos fenómenos vai-se construindo novos conhecimentos (Garanhani *et al*, 2012), capacidades e competências que enriquecem os indivíduos, enquanto actores sociais produtos e produtores da sociedade (Barbier, 1993).

A pedagogia do projecto deve ser subsidiada pela cooperação através de capacidade de análise e fundamentação perante as questões encontradas (Perrenoud, 1999). No ensino de enfermagem, o confronto com situações complexas onde o estudante tem de comunicar e cooperar com outros elementos da equipa de cuidados no planeamento de abordagens multidisciplinares de acordo com as necessidades dos utentes, parece subsidiar a comunicação e a capacidade de argumentar do estudante (Alfaro-LeFevre, 2013).

[304] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

Os professores que queiram concretizar este processo necessitam de: uma capacidade e vontade de negociar tudo quanto pode sê-lo, não só por ser democrático, mas também porque a divisão do poder é um modo de favorecer "a devolução do problema para o aluno" (Perrenoud, 1999, p. 63)[305]; um bom conhecimento dos projectos e das dinâmicas de grupo, de modo a identificar os aspectos positivos e os negativos desses processos a partir de um ponto de vista didáctico; uma capacidade de mediação entre os estudantes e de estimulação do debate, pois os projectos são negociados tanto entre eles quanto com o professor; uma capacidade de metacomunicação e de análise que permita identificar os problemas encontrados neste tipo de processo (liderança, exclusão, lassidão, entre outras) (Perrenoud, 1999).

5.1.5 – Adoptar um planeamento flexível, improvisar

Para Perrenoud (1999), não se pode ensinar por competências com um planeamento didáctico rígido, porque tudo dependerá do nível e da implicação dos estudantes, dos projectos implementados e da dinâmica do grupo[306]. O planeamento resultará dos acontecimentos anteriores, pois cada problema resolvido pode ocasionar outro. Uma opinião bastante contestatária quando se aborda uma instituição tão burocratizada como a escola. Mas que o autor defende com um planeamento flexível, trabalhado por projectos e por problemas, em que se sabe quando uma actividade começa mas não se sabe quando ou como acabará. Os projectos, com as suas exigências próprias de sucesso, vão invadindo partes do currículo e reclamam do professor uma grande flexibilidade.

A abordagem por competências assenta numa selecção de situações, restringindo-as a um pequeno grupo estruturador que produza aprendizagens e que gravitem em redor de conhecimentos importantes. Esta perspectiva obriga a uma reformulação dos conteúdos, reconhecendo o carácter excedente de alguns deles, tidos hoje como indispensáveis. "O ideal seria dedicar mais tempo a um pequeno número de situações complexas do que abordar um grande número de assuntos que devem ser percorridos rapidamente, para virar a última página do manual, no último dia do ano lectivo" (Perrenoud, 1999, p. 64).

A intervenção do professor terá então que ser baseada: numa capacidade de controlo sobre as suas ansiedades pessoais para que o planeamento não se torne uma fuga às responsabilidades inerentes ao seu papel; numa capacidade de instaurar vários sistemas de saber, fazer coexistir áreas dedicadas a situações-problema com outras mais propícias aos

[305] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).
[306] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

exercícios convencionais; numa capacidade de um constante balanço em relação aos objectivos anuais para regular a selecção das situações e consequente orientação dos projectos, tendo em conta os conhecimentos adquiridos e as deficiências detectadas; numa capacidade de ver os conteúdos através de um espírito crítico que lhe permita focalizar o essencial e não se perder no labirinto dos conhecimentos (Perrenoud, 1999).

Deste modo, no ensino de enfermagem, a necessidade de abordar, num período de tempo limitado, um grande número de assuntos considerados imprescindíveis em enfermagem tem estado na origem de um planeamento muito pormenorizado e pouco flexível (Marques, 2005). A ruptura da transmissão massiva de conhecimentos (Amendoeira, 2008) deve realizar-se numa lógica matricial, onde os saberes disciplinares de enfermagem (Abreu, 2008)[307] sejam atravessados por saberes transversais numa estrutura horizontal (Mestrinho, 2012). Assim, a exigência de modelos de aprendizagem baseados na reflexão crítica (Schon, 1994) com um maior destaque para a aprendizagem do que para o ensino, bem como currículos e desenvolvimentos curriculares mais flexíveis, assumem-se como requisitos imprescindíveis na formação de enfermeiros (Santos, 2009). Requisitos reforçados pelas orientações europeias para o ensino superior, onde a formação de enfermagem se insere (EACEA, 2014).

5.1.6 – Implementar e explicitar um novo contrato didáctico

Uma das alterações que esta formação origina é substituir o papel passivo do estudante por uma participação activa num trabalho colectivo de elaboração de um projecto e, consequentemente, construir novas competências[308]. Este contrato permite ao estudante errar e tomar consciência das suas formas de aprender, através de um exercício constante de metacognição e de metacomunicação (Perrenoud, 1999), ou seja, tornar-se num prático reflexivo[309] (Schon, 1994). Torna também possível uma ruptura com a competitividade e o individualismo, promovendo uma cooperação bidireccional entre adultos (professor e estudantes) (Perrenoud, 1999). Noção partilhada por Bevis e Watson (2005) quando consideram o currículo como interacção, um dos pressupostos do novo paradigma para o

[307] O domínio de conhecimentos em enfermagem é formado pelos que "derivam da pesquisa, emergem das teorias, se constroem com a prática ou dos que derivam das ciências, da filosofia, da história ou do senso comum…Engloba também um conjunto de saberes mais amplos: metodologias de intervenção, processo de assistência e perspectivas holísticas, que se desenvolvem através da incursão pela interioridade da pessoa humana" (Abreu, 2008, p. 246).

[308] Neste ponto, seguimos muito de perto o texto de Marques (2002).

[309] Promover situações de aprendizagem ao estudante para que ele se torne um prático reflexivo é demonstrar que "tem direito a ensaios e erros e é convidá-lo a expor as suas dúvidas, a explicitar seus raciocínios, a tomar consciência de suas maneiras de aprender, de memorizar e de comunicar-se" (Perrenoud, 1999, p. 65).

desenvolvimento curricular em enfermagem. Assim, o currículo traduz-se em interacções e transacções que ocorrem nos estudantes entre si e entre estudantes e professores, tendo a aprendizagem como objectivo.

Reforçando a centralidade do estudante na responsabilização pela sua aprendizagem, surge a aprendizagem ao longo da vida[310], um dos estandartes da União Europeia, como plano coordenador das políticas educativas e como factor essencial da unionização nesta área de intervenção (Marques *et al*, 2008). Não obstante o realce conferido ao acto de aprender, a formação e a aprendizagem ao longo da vida tem contornos essencialmente individualistas orientados para a adaptação ao mercado de trabalho (Lima, 2007). Para os profissionais de enfermagem, quer na área do ensino, quer no contexto da prática dos cuidados, o conhecimento das várias realidades distintas no âmbito da saúde, doença e assistência tem emergido como ferramentas de eleição para a promoção da Educação ao longo da vida (Abreu, 2008).

Esta ambiguidade de exigências, a nível individual, da centralidade do estudante como promotor e responsável pela sua aprendizagem levanta-nos algumas questões: não estaremos perante um paradoxo, se por um lado se promove a cooperação (aprendizagem centrada no estudante), por outro, incentiva-se ao individualismo (aprendizagem ao longo da vida)? Como atender às directivas europeias e promover a cidadania dos formandos, num desenvolvimento de autonomia e de responsabilização, sem cair em contradições?

O Processo de Bolonha, outro dos imperativos europeus que promoveu o estudante como responsável pela sua aprendizagem, despoletou-o para um papel activo, nem sempre presente no ensino de enfermagem (Marques, 2005). Além da harmonização da duração dos ciclos de formação (Amendoeira, 2006a), uma das dimensões que o Processo de Bolonha tem originado no ensino de enfermagem é a constituição de redes de saberes e de experiências, a nível europeu. A constituição de grupos de trabalho, associações de unidades de investigação ou mesmo de mobilidade de docentes e de estudantes tem sido uma mais-valia para o desenvolvimento e afirmação profissional (Abreu, 2008).

Por sua vez, o professor, para estabelecer um novo contrato didáctico, necessita de: desenvolver capacidades de orientação da sua prática; aceitar os erros como fontes essenciais de regulação e de progresso, desde que analisados e entendidos; valorizar a cooperação entre os estudantes em tarefas complexas; ajustar o contrato didáctico de acordo com as

[310] Iniciativa que se constitui, a partir de 2007, como um enquadramento global dos programas anteriores de formação profissional e de e-learning (Marques *et al*, 2008).

características dos estudantes; envolver-se pessoalmente no seu trabalho, evitando tornar-se num avaliador ou num elemento igual aos estudantes (Perrenoud, 1999).

O carácter de complexidade que envolve a profissão de enfermagem incide no trabalho que esta desenvolve com a vida humana. Aspecto que se reveste de primordial importância no desenvolvimento de autonomia dos estudantes de enfermagem, pois "o medo de errar constitui um problema em permanência presente" (D'Espiney, 1999, p. 192). No entanto, centrar a aprendizagem numa pedagogia de erro é estimular o estudante a aprender, modificando o seu esquema referencial, em que aprender é sinónimo de aprender a pensar (Alfaro-LeFevre, 2013).

5.1.7 – Praticar uma avaliação formativa

A criação do contrato didáctico sugere que a avaliação formativa integre-se naturalmente na gestão das' situações problema'. O «feedback» necessário e subjacente, tanto pode ser efectuado pelo professor, como por outro estudante, e muitas vezes é a própria realidade que os certifica (Perrenoud, 1999). Cada estudante necessita de «feedback» durante o seu percurso de aprendizagem. O processo de avaliação contínua permite ao estudante identificar aquisições já feitas e aspectos a melhorar no desenvolvimento de competências e cumprir os objectivos de aprendizagem de forma eficiente (DeYoung, 2009). O envolvimento num projecto leva o professor a trabalhar de forma distinta com cada estudante, pois nem todos se confrontam com as mesmas intervenções, nem vivenciam os mesmos obstáculos[311].

A avaliação certificativa deve ser exercida no âmbito de situações complexas, do mesmo modo que as situações de ensino e de aprendizagem. Na medida em que as formas de avaliação formativa influenciam consideravelmente o trabalho escolar, uma avaliação centrada nos conhecimentos descontextualizados inviabiliza qualquer abordagem por competências. Por isso

> é impossível captar competências directamente: apenas as podemos inferir a partir do que diz ou do que faz o aluno, ou seja, da excelência observável. Seria absurdo fazer como se não houvesse qualquer diferença entre o ser e o parecer, como se a avaliação escolar fosse capaz de produzir uma medida precisa e exaustiva das competências reais de cada aluno. É por isso que os produtos e as atitudes, com que geralmente a escola avalia os alunos, se tornam sinais exteriores de competência que estes aprendem a reconhecer como tal e a manipular na medida das suas possibilidades. A avaliação não é uma recolha de informações sobre um objecto inerte, mas sim um jogo táctico entre actores cujos interesses são opostos: o professor quer julgar o aluno pelo seu verdadeiro valor, o aluno tenta perverter a situação a seu favor, tenta esconder as suas lacunas. (Perrenoud, 1995, p. 137-138)

[311] Neste ponto, seguimos muito de perto o texto de Marques (2002).

Deste modo, as intervenções dos professores devem assentar nos seguintes pressupostos: o interesse em desvalorizar a avaliação como meio de pressão e de negócio e promover uma confiança indispensável a qualquer aprendizagem; o domínio da observação formativa e da orientação do estudante no sentido de maximizar as suas capacidades, evitando uma superprotecção que não o permite desenvolver; a aceitação dos desempenhos e das competências colectivas, deixando de querer calcular a contribuição individual num espírito de justiça ou de controlo, excepto para identificar dificuldades específicas, por vezes dissimuladas pela acção do grupo; o abandono da padronização da avaliação, do esconder-se por detrás de uma equidade puramente formal, do exigir e conceder confiança necessária para estabelecer uma avaliação de competências, apoiada mais num julgamento especializado do que numa tabela; a criação de momentos de certificação em situações mais amplas; o envolvimento com os estudantes na avaliação das suas competências, explicitando e discutindo os objectivos e os critérios, favorecendo a avaliação mútua, as avaliações de conhecimentos e a auto-avaliação (Perrenoud, 1999).

Em enfermagem, a avaliação formativa[312], recomendada por Bolonha, emergiu como uma estratégia a implementar (D'Espiney, 2004). A avaliação, na perspectiva pedagógica crítica, é pensada como um espaço de mediação entre o ensino e a aprendizagem, em que o estudante e o professor procuram, em conjunto, ultrapassar as dificuldades encontradas. Nesse sentido, a avaliação tem o compromisso de incluir o estudante, contribuindo para que este se torne sujeito da sua formação, e enfatizar o processo educativo e os resultados qualitativos da aprendizagem (Kikuchi *et al*, 2012; Mestrinho, 2012).

Outro aspecto relevante no ensino de enfermagem, é o recurso à auto-avaliação, como ponto de partida do processo avaliativo. A reflexão propiciada pelo docente ao estudante sobre a sua aprendizagem, dificuldades e potencialidades, contribui para o desenvolvimento pessoal. Na perspectiva do estudante, a auto-avaliação é vista como momento de introspecção e de diálogo com o professor. Para o docente, é considerada como uma hipótese de complementar e, por vezes, de validar a sua própria avaliação (Kikuchi *et al*, 2012).

[312] Consiste na orientação contínua do formando através de experiências de aprendizagem. Previne a surpresa no formando aquando do término da experiência de ensino e do julgamento feito acerca do seu desempenho, bem como ajuda a identificar as suas fragilidades e os seus pontos fortes. Geralmente, não é atribuído classificação (DeYoung, 2009).

5.1.8 – Dirigir-se para uma menor compartimentação disciplinar

Uma situação aberta não estimula uma só aprendizagem, assim como as aprendizagens implicadas raramente se incluem numa única área do saber[313]. Neste sentido, todo o projecto de formação deve basear-se em um ou mais contributos disciplinares e numa grande reflexão epistemológica para não se desviar do objectivo pretendido. A grande dificuldade, é conseguir definir, face à origem de cada área do saber, quais os limites a estabelecer (Perrenoud, 1999).

Uma compartimentação disciplinar menos rígida, com um entrosar de saberes, exige dos professores uma formação específica mais aberta. Para minimizar essas dificuldades de operacionalização do currículo, a articulação disciplinar deverá resultar na interligação de todos os saberes pedagógicos e no desenvolvimento de competências dos professores (Mestrinho, 2012). O cuidado em considerar no desenvolvimento curricular o que ensinar em diferentes contextos, centra as reflexões sobre as práticas curriculares como processos de diversificação curricular[314] e de diferenciação curricular[315] (Rocha & Pacheco, 2012).

Uma abordagem por competências requer do professor: a responsabilização pela formação global de cada estudante, em vez de se sentir responsável pelos conhecimentos específicos da sua disciplina; o descentrar da sua área de especialização e discussão com outros professores, de modo que a partilha se torne numa maior abrangência de conhecimentos e saberes; a valorização das transversalidades potenciais nos programas e nas actividades didácticas; a não recusa perante projectos mobilizadores de várias disciplinas; a aceitação, durante parte da sua carreira profissional, de funções mais centradas nos estudantes do que nos conteúdos programáticos (acompanhamento de projectos pessoais, gestão de escola, entre outros) (Perrenoud, 1999).

Em enfermagem, a organização curricular tem vacilado entre algumas mudanças curriculares e a ausência de articulação disciplinar, o que tem conduzido a dificuldades no desenvolvimento da disciplina de enfermagem (Mestrinho, 2012). Na análise do referencial teórico da formação do enfermeiro, Meleis (2012) incide na relevância do desenho curricular,

[313] Neste ponto seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).
[314] Conceito que representa a reorganização curricular das situações de aprendizagem perante a diversidade dos estudantes, conservando uma estrutura principal de objectivos a que todos os estudantes devem aceder. Indica configurações de ofertas educativas, nas quais os estudantes são confrontados com currículos alternativos (Rocha & Pacheco, 2012).
[315] Conceito que engloba, além de mudanças no conteúdo curricular, alterações na metodologia e na avaliação, presumindo um mesmo percurso de opções para os estudantes, mas com especificidades para quem necessita de seguir caminhos diferentes, de modo a que todos consigam alcançar o sucesso educativo (Rocha & Pacheco, 2012).

baseado em referenciais teóricos que possibilitem uma maior interligação dos conteúdos e que proporcionem ao estudante adquirir um conjunto de conhecimentos transferíveis para os contextos da prática. Tal facto sugere, corroborando Santos (2009), uma congruência com a perspectiva de Le Botef (2005).

Recentemente, segundo Mestrinho (2012), "os programas dos cursos de enfermagem orientam-se para a transversalidade e articulação disciplinar, visando a formação integral de estudante ou profissionais" (p. 260). Intensifica-se a necessidade de considerar não a independência das disciplinas, mas a sua transdisciplinaridade[316] (Amendoeira, 2006a). A disciplina de enfermagem tem-se estruturado numa vertente transdisciplinar abrangendo diversas áreas de conhecimento no questionamento da vida, das pessoas e da saúde. Isso tem significado uma construção do currículo integrando componentes académicas e profissionais, como base cognitiva das disciplinas.

Um currículo de integração preconiza uma estruturação da aprendizagem por variadas disciplinas e um inter-relacionamento de múltiplos conhecimentos, com o objectivo de facultar experiências de aprendizagem mais significativas (Gimeno Sacristán, 2008). Pois, como refere Morin (2002b), "a aptidão para contextualizar e integrar é uma qualidade fundamental do espírito humano, que trata mais de desenvolver do que atrofiar" (p. 16).

Na perspectiva de vários autores (e.g.: Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010; Garanhani *et al*, 2012), esta integração do currículo de enfermagem deverá, quanto aos conteúdos, considerar que: os conhecimentos sistematizados deverão estar agrupados e articulados num nível de crescente complexidade de modo a que o estudante, a partir de consecutivos acessos, possa aprendê-los e aplicá-los; devem estar interligados com múltiplas áreas do conhecimento, incorporando diversas perspectivas e permitindo interligações com temas transversais[317]; no nível de graduação profissional do enfermeiro, devem conferir terminalidade e capacidade académica e/ou profissional.

Sintetizando, um bom currículo deve estar repleto de estímulos e de inspiração, não podendo nem devendo ser inteiramente planeado e prescrito[318] (Gimeno Sacristán, 2000; Pacheco & Paraskeva, 2000; Bevis & Watson, 2005). No entanto, é necessário analisar em

[316] Ver pág. 73 deste estudo.
[317] A estruturação de temas transversais no currículo de enfermagem (o que transpassa as disciplinas curriculares) tem como objectivo contribuir para a formação de cidadania dos enfermeiros, conscientes da realidade onde vivem e capacitados a conviver num mundo globalizado (Morin, 2002a; Bevis & Watson, 2005; Ianni, 2007; Abreu, 2008; Garanhani *et al*, 2012, Mestrinho, 2012).
[318] Ver pág. 169 deste estudo

que medida o desenvolvimento de competências pode contribuir para renovar o currículo e as estratégias de formação. Um referencial de competências, identificando os principais recursos ligados a cada formação, deve favorecer a ligação entre os objectivos de aprendizagem académica e as aquisições experienciais e profissionais (Perrenoud, 2004). A formação superior em enfermagem remete para uma meta académica em que a criatividade é a tónica que permite aos enfermeiros colaborarem com os utentes no encontro de significados das suas experiências de doença; ajudá-los em experiências promotoras de saúde e na sua procura, bem como intervindo quando necessário (Bevis & Watson, 2005).

A abordagem por competências transforma, consideravelmente, o ofício do professor e o ofício do estudante (Perrenoud, 1999). Se o professor deixa de ser considerado como o único detentor de saber, o estudante adquire uma proactividade no seu processo de formação resultando numa relação de equilíbrio entre os dois e não de poder de um sobre o outro (Freire, 1972), como em modelos de ensino anteriores. Em enfermagem, este desafio de ensinar e aprender de um forma activa e contextualizada, leva o professor a planear, orientar e supervisionar actividades baseadas numa aprendizagem crítico-reflexiva; e o estudante a uma participação activa e responsável na construção do seu próprio conhecimento (Garanhani *et al*, 2012)

Concomitantemente, à relevância de um currículo integrador e promotor de competências e conhecimentos, emerge o valor dos processos educativos dirigidos para o desenvolvimento de estratégias cognitivas que reduzem erros na tomada de decisão clínica. Tal facto remete-nos para a importância de ambientes de aprendizagem crítica (Godinho & Amendoeira, 2010) e das estratégias metodológicas utilizadas na promoção da tomada de decisão do estudante de enfermagem.

5.2 – As estratégias pedagógicas para a tomada de decisão

Se até algum tempo atrás, aceitava-se que para ser um professor do ensino superior chegava ter conhecimentos dos conteúdos da área do saber a que se encontravam vinculados, actualmente é reconhecido a necessidade desses conhecimentos serem extensíveis aos conhecimentos do sistema onde estão inseridos, aos resultados esperados para esse nível de formação e à forma de os traduzir em situações de aprendizagem (Leite & Magalhães, 2010).

Uma formação centrada na aquisição de competências e não nos conhecimentos exige uma considerável transformação da relação dos professores com o saber, da sua forma de 'dar aulas' e, consequentemente, da sua identidade e das suas próprias competências

profissionais[319]. Prática reflexiva, profissionalização, trabalho em equipa e por projectos, autonomia e responsabilidade crescentes, pedagogias diferenciadas, centralização sobre as situações de aprendizagem, sensibilidade à relação com o saber traçam um caminho para um novo profissional (Perrenoud, 2000). A meta é agora fazer aprender mais do que ensinar, focalizando as suas intervenções sobre o estudante (EACEA, 2014).

A prática profissional dos professores comporta situações problemáticas que obrigam a decisões num terreno de grande complexidade, incerteza, singularidade e de conflito de valores que apresentam características únicas, exigindo portanto respostas únicas (Nóvoa, 1995). Esta capacidade de um agir contextualizado perante a unicidade da situação encontra eco na profissão de enfermagem. Tal como o professor, o enfermeiro deve ter um desempenho específico de acordo com a pessoa ao seu cuidado e com o contexto em que esta está inserida. Mas para aprender a cuidar é importante que o currículo o reconheça e o valorize. Os estudantes que se sentem cuidados, valorizados, mostram maior motivação para aprender e consequentemente, integram os valores de cuidado na sua prática profissional (Waldow, 2009b).

Assim, construir um programa estruturado e organizado no tempo, relacionado com a natureza do processo de trabalho na sua totalidade e com as relações sociais a que os estudantes estão submetidos, implica ir além da matriz referencial das competências de natureza instrumental, orientando-se igualmente por princípios epistemológicos, ético-políticos e metodológicos (Santos, 2009). Que contextos de aprendizagem são proporcionados aos estudantes para que seja possível desenvolverem competências de tomada de decisão e torná-los enfermeiros centrados nos cuidados aos utentes?

Para compreender a operacionalização do projecto formativo em enfermagem, importa analisar as metodologias pedagógicas[320] efectivantes do processo de ensino, tendo como objectivo a aprendizagem de competências de tomada de decisão. Desse modo, é importante analisar o que se faz, quais os métodos usados, as estratégias pedagógicas correspondentes e, por último, o que deixar de fazer. Com base em DeYoung (2009) e Valiga (2009), estruturámos as metodologias da seguinte forma: 'o que se faz', onde se insere os métodos tradicionais, com aulas expositivas e os meios audiovisuais; os métodos de promoção de competências psicomotoras, com o ensino com instruções, a demonstração e a simulação; e os métodos de promoção do pensamento crítico, com a discussão, o questionar, o

[319] Neste ponto, seguimos muito de perto, o texto de Marques (2002).
[320] São os meios técnicos usados para efectivar uma proposta educacional (Tacla, Zani, Rossetto, Pieri & Cestari, 2012).

mapeamento de conceitos, a aprendizagem baseada em problemas e a reflexão. No 'que deixar de fazer', incluímos as inibições e as barreiras ao pensamento crítico, numa conceptualização crítica e reformuladora sobre possíveis mudanças necessárias na formação de enfermagem (quadro 13).

Quadro 13 – Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão, segundo DeYoung e Valiga

Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão		
O que se faz	Métodos tradicionais	Aulas expositivas
		Meios audiovisuais
	Métodos de promoção de competências psicomotoras	Ensino com instruções
		Demonstração
		Simulação
	Métodos de promoção do pensamento crítico	Discussão
		Questionar
		Mapeamento de conceitos
		Aprendizagem baseada em problemas
		Reflexão
O que deixar de fazer	Inibição do pensamento crítico	
	Barreiras ao pensamento crítico	

Fonte: Adaptado de DeYoung (2009) e de Valiga (2009).

5.2.1 – Métodos tradicionais

A necessidade de mudança dos paradigmas técnicos behavioristas para os paradigmas educativos do cuidar, passa pela mudança de centralidade que os métodos tradicionais de ensino têm tido ao longo dos anos, na formação em enfermagem (Bevis & Watson, 2005). Métodos que incluem a exposição e os meios audiovisuais, como estratégias metodológicas aplicadas ao ensino de enfermagem.

DeYoung (2009) apresenta um estudo em que os estudantes que utilizaram métodos de estudo autónomo tiveram resultados mais elevados nas avaliações escritas, mas os estudantes que utilizaram métodos tradicionais tinham mais satisfação com o curso. Será que as expectativas dos estudantes de enfermagem mantem-se na aceitação de um papel secundário, afastados das decisões sobre a sua aprendizagem? Como podem efectivar uma tomada de decisão autónoma, como enfermeiros, se a formação inicial de enfermagem perpetua a submissão?

5.2.1.1 – Aulas expositivas/conferências

A prelecção verbal utilizada pelos docentes com o objectivo de transmitir informações aos estudantes consiste, possivelmente, na estratégia de ensino mais antigo e ainda no mais usado, seja no ensino superior, seja noutros níveis de ensino (Gil, 2007). A adopção de um modelo de ensino em que o professor tem um papel activo, de transmissão de informação, e o estudante um papel passivo de ouvinte (Gil, 2007; Valiga, 2009), caracterizada por Freire (1972) como 'educação bancária' (um deposita e o outro recebe), torna crítico o processo de aprendizagem.

A principal vantagem é do foro económico, pois permitir que um número elevado de estudantes (dependente das condições físicas da sala de aula) esteja presentes em simultâneo (DeYoung, 2009; Gil, 2007). Motivo pelo qual, os docentes "tendem a preparar as aulas expositivas como se se preparassem para uma conferência, até porque muitas aulas são ministradas em grandes auditórios, com auxílio de microfone" (Gil, 2007, p. 134).

A flexibilidade da estratégia permite que o professor adapte as sessões expositivas aos mais diversificados públicos. Permite ainda, ser complementado com outras estratégias, como textos de apoio e projecções, ou uso do quadro de giz (Gil, 2007). A sua versatilidade traduz-se na aplicação aos mais diversos cursos e temáticas. A exposição pode complementar um texto de apoio e dar-lhe uma perspectiva muito mais real e motivante através da exposição do professor (Benner *et al*, 2010; DeYoung, 2009; Freire, 2008; Gil, 2007). Vantagem pela qual Freire (2008) considera como perfeitamente válido esta estratégia, no qual o diálogo pedagógico[321] em que o professor faz uma curta exposição introdutiva do tema, e de seguida desafia os estudantes que, questionando-se e questionando o docente, participam na análise da própria exposição.

A ênfase no conteúdo que as aulas expositivas/conferências representam, leva a que frequentemente sejam atribuídas a especialistas relativo à área de conhecimento abordada. Além disso, o professor serve de modelo durante a exposição pela sua perícia, como alguém com bastante experiência e conhecimento (DeYoung, 2009; Gil, 2009). A centralidade dos conteúdos, possibilita que pela sua estruturação sejam rapidamente aprendidos, sendo requerido aos estudantes apenas a compreensão da mensagem e a incorporação na sua estrutura cognitiva (DeYoung, 2009; Gil, 2009). É possível também através desta estratégia pedagógica desenvolver capacidades de escuta, e levar os estudantes a disciplinarem-se para

[321] Ele inclui o conteúdo ou objecto cognoscível que está centralizado na exposição do educador aos educandos. O dialogo pedagógico não pode converte-se numa conversa informal entre o educador e os educandos (Freire, 2008).

ouvir o que o professor diz e a decidir o que deve ser anotado ou não (Gil, 2007; Valiga, 2009).

Mas a exposição também tem as suas limitações, e a mais marcante é a passividade do estudante que defende, como referido anteriormente. Daí que as capacidades do docente para a exposição, determinem o seu sucesso. A forma como é feita, não permite conduzir a apresentação dos conteúdos de encontro às necessidades individuais dos estudantes. O resultado, numa perspectiva menos vantajosa, é que desmotiva o estudante e pode originar falta de atenção à explanação dos conteúdos (DeYoung, 2009; Gil, 2007).

5.2.1.2 – Meios audiovisuais[322]

Se usados apropriadamente, os audiovisuais podem melhorar o ensino ao estimularem e a promover interesse dos estudantes. Podem ser utilizados em todas as formas de aprendizagem: cognitiva, afectiva e psicomotora. Se usados inadvertidamente, os audiovisuais simplesmente entretém, fazem passar o tempo, não obedecendo aos objectivos pretendidos. Uma vasta gama de meios audiovisuais pode ser utilizada eficazmente, desde fotos, slides de «Powerpoint» a vídeos. É importante que o docente saiba qual os meios audiovisuais disponíveis, como seleccioná-los e como usá-los eficazmente (Benner *et al*, 2010; DeYoung, 2009; Gil, 2007).

Razão pela qual, a decisão de utilização de meios audiovisuais está dependente de vários factores. A determinação principal relaciona-se com os objectivos de aprendizagem, já que uns objectivos podem ser melhor atingidos utilizando sessões expositivas, outros através de discussão, outros com recurso aos meios audiovisuais. Em diversas situações de aprendizagem, a utilização conjunta de métodos pode surgir como a estratégia mais adequada. De igual forma, o docente deve estar inteirado quais os meios audiovisuais ao seu dispor e qual a assistência técnica que usufrui durante a sua aplicação. O nível, a capacidade e o número de estudantes são também considerações importantes a ter em conta, no planeamento dos audiovisuais a utilizar (DeYoung, 2009; Gil, 2007).

O quadro de giz e o quadro branco são universalmente utilizados em educação. Embora possam ter imensas aplicações, a sua característica marcante é que permite alguma espontaneidade em sala de aula no esclarecimento de dúvidas, bem como no evidenciar de novas ideias que posam surgir no contexto da sessão lectiva. Contudo, deve ser tido em conta

[322] Os audiovisuais mais comummente utilizados são o quadro de giz, quadro branco, transparências, apresentações de «Powerpoint», cassetes, vídeo e DVD (DeYoung, 2009).

as dimensões do espaço para que o acesso à informação seja de igual qualidade para todos os estudantes (DeYoung, 2009; Gil, 2007).

As transparências[323] são um dos meios fáceis de utilizar, e podem ser partilhadas por vários docentes. Embora actualmente não sejam muito usadas, outra maneira de apresentar as transparências pode ser através do computador, como apresentações de «Powerpoint». É possível apresentar, de uma forma estruturada e sucinta, alguns dos aspectos a abordar nas sessões lectivas. No entanto, devem ser respeitados alguns aspectos gráficos (limites de informação e de cor em cada slide, entre outros) para que os objectivos pedagógicos sejam atingidos (DeYoung, 2009; Gil, 2007).

Os vídeos têm imensas vantagens sobre os outros meios audiovisuais, pois possibilitam que todos os estudantes vejam, em simultâneo, a mesma informação, além de dar ao docente a visão do grupo todo, permite ainda um realismo de situação e motivar para uma aprendizagem efectiva. Para minimizar o papel passivo que este meio suscita, o docente deve envolver o estudante antes, durante e após a exibição do vídeo (DeYoung, 2009; Gil, 2007).

5.2.2 – Métodos de promoção de competências psicomotoras

Durante muitos anos, o ensino de enfermagem esteve centralizado nas competências técnicas em que o 'saber-fazer' era considerado o denominador de perícia dos enfermeiros no seu desempenho profissional (Marques, 2002). Presentemente, o ensino das competências psicomotoras tem um papel na formação inicial de enfermagem, mas já não assume a primazia da formação, elas constituem uma das aquisições que os estudantes devem fazer, ao lado das de resolução de problema, de pensamento crítico e de tomada de decisão (DeYoung, 2009; INASCL, 2011). A questão que permanece actualizada é qual a melhor forma de serem ensinadas e promovidas nos estudantes.

O ensino das competências psicomotoras comporta, além da prática[324] em si, o «feedback» (retorno), como parte importante na aprendizagem (DeYoung, 2009; Lasater, 2007). Cada estudante necessita de ter «feedback» durante as aulas de prática. Se o «feedback» intrínseco diz respeito ao próprio estudante, o «feedback» externo está relacionado com o parecer do docente, quer sobre os conhecimentos, quer sobre o desempenho do estudante. Outro aspecto importante a reter nestes métodos é a parcialização

[323] Folha de acetato colocadas sob um projector que a aumente e projecta a sua imagem num ecrã (DeYoung, 2009).

[324] A realização dos procedimentos a aprender, e a repetição dos mesmos, numa lógica de treino, é parte constituinte deste tipo de ensino, com o objectivo de desenvolver as competências psicomotoras dos estudantes. A prática deve ocorrer no período de tempo suficiente para o que estudante consiga obter progressos apreciáveis (DeYoung, 2009).

da aprendizagem que pode ocorrer, cabendo ao professor o reforço da integração numa visão mais global (DeYoung, 2009).

5.2.2.1 – Ensino com instruções

Uma das formas de ensinar e promover competências psicomotoras é a de utilização do laboratório, para uma aprendizagem independente. Neste modelo, o professor deve estar muito bem preparado, as orientações escritas devem ser desenvolvidas com as instruções sobre o modo como os estudantes deverão proceder. Textos de apoio devem ser seleccionados e disponibilizados aos estudantes. Os recursos materiais e informáticos, se utilizados, devem também ser tidos em conta no planeamento (DeYoung, 2009).

Os estudantes podem ter um livro de registo individual e pessoal sobre competências psicomotoras. Cada competência é acompanhada, no livro, das informações sobre os objectivos de cada sessão, o equipamento necessário e a sua localização, e os treinos realizados para sua aquisição. Tal permite ao estudante, gerir a sua aprendizagem de acordo com as suas dificuldades, bem como a outros meios de ensino, tais como visualização de filmes, para completar a sua formação. Os professores, presentes no laboratório, supervisionam os estudantes e monitorizam o treino dos procedimentos (DeYoung, 2009).

5.2.2.2 – Demonstração

A demonstração, como estratégia de ensino para a aprendizagem de competências, emerge como eficaz para aprendizagem de situações completamente novas. A premissa reside no facto de que o estudante aprende, observando a execução por outras pessoas. O estudante observa e assiste à demonstração e retém um modelo mental do comportamento da pessoa que executou a demonstração. Tal efeito permite que o estudante recorra ao modelo mental quando tiver necessidade de o rever, num exercício mental, durante a prática clínica (DeYoung, 2009).

No entanto, só um grupo restrito dos docentes consegue dar uma imagem efectiva da demonstração (DeYoung, 2009). Por inexperiência, o docente pode apresentar ansiedade e influenciar negativamente a aprendizagem. Igualmente, a conceptualização incompleta da demonstração poderá torná-la num meio de ensino não eficaz. Uma das estratégias para minimizar estes aspectos é a realização de uma segunda demonstração, quer seja por um docente, um estudante, ou através de uma gravação vídeo (DeYoung, 2009).

5.2.2.3 – Simulação

Simulações são representações controladas da realidade, com base em exercícios que o estudante empreende para aprender a prestar cuidados sem os riscos reais do contexto de cuidados (DeYoung, 2009). Os laboratórios de prática de enfermagem são normalmente apetrechados com equipamento e situações similares aos do contexto da prática clínica, que através de cenários construídos permite a aprendizagem do estudante.

Embora a simulação surja categorizada como estratégia de ensino de competências psicomotoras, ela permite ao estudante o desenvolvimento de competências resolução de problema, de pensamento crítico e de tomada de decisão (DeYoung, 2009; INASCL, 2011). Vários autores (Botti & Reeve, 2003; Garret, 2005; Huang *et al*, 2012; Lasater, 2007; McCallum et al, 2013), apresentam estudos, em que sugerem que a capacidade dos estudantes para tomar decisões eficazes, é beneficiada por experiências de simulação. A simulação, segundo DeYoung (2009), pode ser apresenta em quatro tipos: exercício de simulação; jogo de simulação; «role playing»; e estudo de caso.

Relativamente aos exercícios de simulação, estes estão principalmente centralizados no processo de aprendizagem. Os estudantes aprendem como devem tomar decisões ou como resolver problemas, ou como aplicar princípios e teorias (Botti & Reeve, 2003; Button & Kelton, 2010; Lasater, 2007; McCallum *et al*, 2013; Wotton, Davis, Lasater & Nielsen, 2008). Os exercícios de simulação são categorizados em níveis de fidelidade[325]. Existem três categorias de fidelidade na simulação: baixa, média e alta[326]. Benner *et al* (2010) chamam a atenção para o facto de que a simulação com manequins de alta-fidelidade não deve ser usada apenas para o desenvolvimento de competências psicomotoras, pois a tecnologia é mais adequada para um nível superior de raciocínio, de resolução de problemas e de tomada de decisão.

Os jogos de simulação podem estar focados, quer nos conteúdos, quer no processo de aprendizagem. Uma vantagem de usar jogos de simulação para ensinar factos ou aplicação de teorias e princípios, é que estes são, para a maioria das pessoas, divertidos (DeYoung, 2009;

[325] Fidelidade é o grau de precisão com que a simulação representa uma situação do mundo real (DeYoung, 2009).

[326] A simulação de baixa fidelidade diz respeito a exercícios em como se deve dar um banho na cama ou como fazer manobras de ressuscitação cardiopulmonar, entre outros. Uma simulação de média fidelidade pode ser representada por um manequim com sons de batimentos cardíacos e sons respiratórios, mas não se movimenta (DeYoung, 2009). A alta-fidelidade inclui uma realidade virtual e manequins que são ligados a um computador, que produzem sinais vitais e que conseguem imitar a resposta fisiológica à doença como se fossem um ser humano (Benner et al, 2010; DeYoung, 2009).

McCallum *et al,* 2011). É possível usar jogos para tornar estimulante acções repetitivas e tomar a aprendizagem agradável.

A utilização de «role playing» como simulação, assenta na interpretação de papéis na qual os estudantes aprendem espontaneamente, acções ou princípios numa interacção que envolve problemas ou mudanças de relações humanas. Este método é eficaz na promoção de competências interpessoais e terapêuticas e a ensinar como resolver conflitos (DeYoung, 2009; Simpson & Courtney, 2007; Twibell, Ryan & Hermiz, 2005).

A simulação pode também adquirir o formato de estudo de caso, se o considerarmos como a análise de uma situação ou incidente crítico (Benner *et al*, 2010; DeYoung, 2009). Nesta, são descritas características e interligação de dados, quer de uma forma factual, quer hipotética, e problemas que necessitam de ser resolvidos. São também estratégias eficazes de ensino que podem acelerar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências de pensamento crítico, como referem Huang *et al*, (2012). Os estudos de caso podem variar em complexidade e extensão, de acordo com os objectivos específicos de aprendizagem que se pretende alcançar.

5.2.3 – Métodos de promoção de pensamento crítico

A prática de enfermagem requer capacidade de estruturar uma base de conhecimento em enfermagem e ciências afins, um desempenhar de inúmeras competências psicomotoras e interagir eficazmente com indivíduos e grupos. Mas no mundo caótico, imprevisível e instável em que os cuidados de saúde se situam no século XXI, os enfermeiros necessitam de um conjunto de competências adicionais para promoverem cuidados de qualidade aos indivíduos, famílias e comunidades (Kong *et al,* 2014; Valiga, 2009). Tais incluem: trabalhar em equipa, ser criativo, comunicar eficazmente, tomar decisões, e pensar criticamente, entre outras (Valiga, 2009).

A capacidade de pensar criticamente é uma competência que os enfermeiros necessitam, sempre, no contexto da prática profissional (Alfaro-LeFevre, 2013, Tanner, 2006; Valiga, 2009). Uma abordagem do pensamento crítico para a educação requer que os docentes e os estudantes tenham a mesma perspectiva de aprendizagem, como uma responsabilidade partilhada. É ao formador que cabe a responsabilidade para criar um ambiente que suporte este conceito (Perrenoud, 1999; Valiga, 2009).

Quando a aprendizagem é tida como uma responsabilidade partilhada, o docente tem um papel de mentor e de facilitador. Os estudantes definem as suas próprias necessidades (objectivos), tomam a responsabilidade de utilizarem uma variedade de recursos para

determinarem essas necessidades, e avaliam os seus progressos no sentido de cumprir os objectivos. Ensinar os estudantes a desenvolverem o seu pensamento crítico, exige uma formação com recurso a várias estratégias pedagógicas que promovam um ambiente democrático e de igualitarismo em que os estudantes sentem que partilham o controlo da sua aprendizagem (Freire, 1972; Valiga, 2009).

5.2.3.1 – Discussão

A discussão é identificada como uma das mais adequadas estratégias para o ensino superior. A sua avaliação geralmente é reconhecida como um dos métodos activos de participação do estudante (Gil, 2007) sendo considerada por estes, como uma das estratégias preferidas para a sua aprendizagem (DeYoung, 2009). A discussão, como estratégia metodológica, pode ser utilizada formal ou informalmente. Numa discussão formal, os estudantes são informados previamente, e solicitado que tomem conhecimento dos recursos que os docentes disponibilizam para o efeito (textos de apoio, filmes, entre outros). A discussão informal pode ocorrer espontaneamente em qualquer momento da sessão lectiva, incluindo no final quando o professor questiona o grupo sobre possíveis dúvidas (DeYoung, 2009).

O objectivo major da discussão assenta na oportunidade dada aos estudantes de aplicarem princípios, conceitos e teorias, e nesse processo, de transferirem o seu conhecimento para novas e diferentes situações. Outro dos objectivos, é o esclarecimento de dúvidas e de conceitos, pois a explanação do docente e de alguns elementos do grupo pode clarificar alguns aspectos que tenham ficados menos claros. Também através da discussão, o estudante pode aprender a resolver problemas em grupo. Através da interacção que o estudante tem de fazer, aprende como diferentes pessoas aplicam as etapas do processo de resolução de problemas e nessa particularidade, compreender quais os aspectos positivos que pode retirar (DeYoung, 2009), numa perspectiva de aprendizagem cooperativa [327] (Gil, 2007).

O maior problema da discussão é que leva imenso tempo e como não é um meio muito eficaz na transmissão de informação, deve ser ponderada a sua utilização consoante os objectivos desejados. Concomitantemente, a discussão funciona melhor em pequenos grupos, pois permite que um maior número de estudantes tenha um papel activo. Um dos riscos da discussão é a sua monopolização por um dos elementos do grupo, remetendo para a passividade os outros elementos (DeYoung, 2009). O docente deve prevenir um desequilíbrio

[327] Metodologia cujo foco é a aprendizagem através da participação, da colaboração, da partilha de interesses, do consenso, da tomada de decisões, da autonomia (Borrego, Mundina & Freire, 2008).

de forças no grupo e favorecer a cooperação, evitando a individualização e a competição (Borrego, Mundina & Freire, 2008). A discussão só terá o efeito pretendido, se os estudantes tomarem conhecimento, prévio à aula, dos recursos disponibilizados para o efeito (DeYoung, 2009).

5.2.3.2 – Questionar

Fazer questões é uma parte integral da forma de ensinar para muitos docentes. As perguntas podem surgir como forma de validar a compreensão dos estudantes e não tanto como estratégia metodológica de ensino (DeYoung, 2009). No entanto, questionar é um meio poderoso de inquirir e as questões 'socráticas' [328] estão fortemente relacionadas com o desenvolvimento do pensamento crítico e promove a aprendizagem de uma forma activa (Gil, 2007; Simpson & Courtney, 2007; Valiga, 2009).

Daí que se considere vários níveis de questões e que umas são melhores que outras para o desenvolvimento do pensamento crítico. A classificação mais utilizada para categorizar as questões é a Taxonomia de Bloom[329] (Benner *et al*, 2010; DeYoung, 2009; Krau, 2011; Valiga, 2009). Muitos docentes referem-se a questões que estimulam o raciocínio ao nível do conhecimento, compreensão, aplicação, análise, síntese e avaliação. Na nova versão da taxonomia Bloom[330], a estruturação está organizada em: recordar, compreender, aplicar, analisar avaliar e criar (Krau, 2011).

Embora os docentes tendam a fazer muitas questões aos estudantes, muitas dessas questões tem um nível baixo de conceptualização, requerendo apenas a identificação dos factos e um conhecimento factual (DeYoung, 2009). As questões mais frequentes são as factuais que são importantes para verificar o conhecimento adquirido pelos estudantes em relação aos factos (Gil, 2007; Krau, 2011). As questões de interpretação já mobilizam um conhecimento conceptual pela inclusão da compreensão e interpretação da informação. Aqui,

[328] A consciência da eficácia do questionar como estratégia de ensino parece ter origem em Sócrates, o filósofo grego. No método socrático, o docente faz uma série de questões relacionadas com um tema. Estas questões tem como objectivo levar o estudante a tomar consciência da sua ignorância e estimular o conhecimento. Cada resposta do estudante é recebida com uma nova questão pelo docente para o fazer aproximar da verdade fundamental sobre a questão (Gil, 2007; Valiga, 2009).

[329] Hierarquização de níveis de denominação e organização relacionados com objectivos de aprendizagem desenvolvida e apresentada por Bloom, em 1956. É estruturada em seis níveis de complexidade crescente, do mais simples ao mais complexo, indo do conhecimento, compreensão, aplicação, análise síntese até à avaliação (Krau, 2011).

[330] As mudanças ocorridas no campo educacional, os progressos psicopedagógicos e tecnológicos, estiveram na origem da reformulação da taxonomia. Na nova versão, em 2001, manteve-se as seis categorias tendo três sido renomeadas e alterada a ordem de duas. Houve também uma mudança a nível léxico e conceptual, em que os substantivos representativos de cada nível da taxonomia, foram substituídos por verbos para uma melhor adaptação na formulação dos objectivos (Krau, 2011).

o estudante tem de relacionar elementos básicos num contexto mais alargado e como eles se interrelacionam (Gil, 2007; Krau, 2011). As questões de aplicação requerem o uso da informação em novas situações e promovem um conhecimento processual. O determinar dos métodos ou forma de realizar uma intervenção, métodos de pesquisa, ou sequência de etapas é o que se espera que o estudante realize nesta etapa (Gil, 2007; Krau, 2011). Num questionamento com grande nível de profundidade, podem ser efectuadas questões de análise, de avaliação ou mesmo apelando à criatividade do estudante. Nessas, mobiliza-se um conhecimento metacognitivo, em que o estudante tem a consciência do seu próprio conhecimento e actividade cognitiva. A componente metacognitiva possibilita que o estudante tenha mais consciência do seu conhecimento e se responsabilize pela sua aprendizagem. Permite a assumpção de que um estudante que toma conhecimento com diferentes estratégias de aprendizagem, de resolução de problemas e de pensamento crítico, terá mais facilidade em utilizá-las (Krau, 2011).

Os docentes devem ter atenção à sua comunicação verbal e não verbal para que, inconscientemente, não desencorajarem os estudantes nas suas respostas. O medo da crítica que o estudante sente, quer da parte do professor, quer dos outros estudantes, pode dificultar a participação destes. Cabe ao docente estabelecer regras para que que tal não aconteça (Gil, 2007; DeYoung, 2009).

5.2.3.3 – Mapeamento de conceitos

Os mapas de conceitos são instrumentos metacognitivos que auxiliam os estudantes a eles próprios 'verem' os raciocínios presentes num conceito, bem como a esquematizar relacionamentos entre factores (não de causa-efeito), a identificar factores predisponentes, formular resultados esperados, entre outros (Valiga, 2009). O mapeamento de conceitos permite que o estudante se foque no mais relevante e na informação mais importante relacionada com a situação clínica e que entenda as relações entre os dados do utente, na prática clínica. O estudante compreende o sentido dos padrões clínicos e desenvolve ideias para a priorização de intervenções eficazes relativas à situação clínica (Gerdeman *et al*, 2013).

O desenhar do mapa de conceitos, exige ao estudante um grande conhecimento de base, que avalie as possíveis interligações e que pense cuidadosamente em como juntar todas as peças. Razão pela qual, o mapeamento de conceitos é uma estratégia que permite o desenvolvimento do pensamento crítico dos estudantes e tornar o seu raciocínio visível (Valiga, 2009).

O mapeamento de conceitos, especificamente na prática clínica, auxilia no desenvolvimento da comunicação, do trabalho em equipa, das dinâmicas de grupo, do pensamento crítico e das competências de tomada de decisão. Os estudantes podem analisar as ligações feitas para desenvolver novas compreensões e criar novos conhecimentos que fornecem uma base para as competências de tomada de decisão (Gerdman *et al*, 2013).

5.2.3.4 – Aprendizagem baseada em problemas

A aprendizagem baseada em problemas (Problem Based Learning [PBL]) é uma abordagem centrada no estudante, que lhes possibilita trabalhar cooperativamente em pequenos grupos, na procura de soluções para situações/problemas (DeYoung, 2009; Kong *et al*, 2014). No PBL, os estudantes são confrontados com um problema, ou situação, para aplicar os conhecimentos anteriores e adquirir novos conhecimentos. Esta aprendizagem cognitiva é estruturada em cinco fases: análise do problema/situação, estabelecimento de objectivos de aprendizagem, recolha de informação, síntese e reflexão (Kong *et al*, 2014). Os grupos de estudantes têm de decidir quais as informações que necessitam de identificar no problema/situação em questão, tentar compreendê-la, comunicá-la aos outros no grupo e reformulá-la de tal forma que eles possam resolver o problema. Durante todo este processo em que os estudantes encontram as situações de resolução de problema em pequenos grupos, o estudante desenvolve competências de pensar criticamente (DeYoung, 2009; Kong et al, 2014). O professor deve facilitar a aprendizagem, num papel passivo, em que a proactividade é esperada aos estudantes (DeYoung, 2009).

Embora a sua relação francamente positiva entre a aprendizagem e o desenvolvimento do pensamento crítico (Kong *et al*, 2014), o PBL também apresenta algumas desvantagens, nomeadamente, a grande quantidade de tempo necessário para a sua concretização; a dificuldade que alguns grupos podem apresentar de os seus elementos constituintes trabalharem juntos; os professores e os estudantes podem ter dificuldade em adaptarem-se a este formato não tradicional e, por fim, a apresentação prévia necessária aos estudantes de como este método é constituído (DeYoung, 2009).

5.2.3.5 – Reflexão

A ênfase na reflexão, seja em forma de escrita, seja por outros meios, é usada frequentemente na formação de enfermagem para documentar experiências, identificar necessidade de aprendizagem, reflectir sobre uma temática e fortalecer o multiperspectivismo de raciocínio (Valiga, 2009). Esta forma de metacognição permite uma melhoria da actividade

cognitiva e motivacional, e consequentemente, do processo de aprender (Santos, 2009). A autora, acrescenta ainda que

> é notável o modo como os estudantes dão conta da sua consciência reflexiva na construção de si, enquanto pessoas e profissionais, lidando com a informação proveniente do meio e com os próprios processos de pensamento, ilustrando o controlo e gestão dos próprios processos cognitivos que lhes permite a expressão de responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem e de cidadania, bem como confiança nas suas próprias capacidades (…) O conhecimento que o estudante demonstra possuir sobre o que sabe e o que desconhece acerca do seu conhecimento constituem estratégias de auxílio à decisão e consequentemente a uma melhoria do seu desempenho. (Santos, 2009, p. 322)

Exercícios de reflexão podem ser efectuados, em forma de narrativa, como meio de auxiliar os estudantes a reflectir nas suas experiências, nos seus valores, nas suas acções e na interacção entre elas. Estas narrativas despertam os estudantes para a interiorização de conceitos aprendidos através de experiências pessoais e permitem uma forma segura de expor os seus receios e preocupações (Valiga, 2009). O 'pensar em voz alta', é uma poderosa estratégia educacional, como defende Banning (2008), que deve ser utilizado em contexto de formação, especialmente, no ensino clínico. Este exercício de raciocínio permite ao estudante reflectir ele próprio em acção (Schon, 1994), e avaliar a eficácia da sua tomada de decisão.

O acto de escrever, além de ser um modo de aprendizagem, promove o desenvolvimento do pensamento criativo e habilidades de crítica, competências inerentes aos enfermeiros do século XXI (Valiga, 2009; Waldow, 2005). Numa perspectiva de reflectir sobre a acção (Schon, 1994), surgem os 'diários'[331] académicos que são usados como meio de aprendizagem para estimular a reflexão crítica, ao incidir sobre sentimentos e opiniões pessoais. É um meio de activar o pensamento, de conceber ideias, estabelecer ligações entre elas, originar questões, afirmar posições e, simultaneamente, desafiar outras (Waldow, 2005). Os diários académicos são geralmente, partilhados com o professor, e este necessita de despender algum tempo a lê-los e a comentar, não numa perspectiva de correcção, mas de questionamento (Valiga, 2009).

Existe na literatura de enfermagem, um variedade de modelos de maior ou menor complexidade para auxiliar os alunos no processo de pensamento crítico (Sullivan, 2012), sendo o ciclo reflexivo de Gibbs[332] um importante auxilio pela sua simplicidade (Santos, 2009).

[331] Ver 5.1.3 – Criar ou utilizar outros meios de ensino, na pág. 184.
[332] Ver pág. 186 deste estudo

5.2.4 – Inibições e barreiras ao pensamento crítico

Os formadores de enfermagem reconhecem que muitos estudantes de enfermagem têm dificuldade em tomar de decisões, na prática clínica. A capacidade de tomar decisões eficazes exige que os estudantes saibam e apliquem os processos de pensamento crítico (Sullivan, 2012). Segundo Valiga (2009), em demasiados casos, e muitas vezes sem perceber, os formadores utilizam estratégias e práticas que inibem mais do que promovem o pensamento crítico dos estudantes. Mas, como salienta a autora, além de se abordar as estratégias para a promoção do pensamento crítico no estudante de enfermagem é necessário discutir o que se deve deixar de fazer.

O pensamento crítico, como competência que se desenvolve ao longo do tempo, pode ser minimizado, ou mesmo não promovido, durante a formação de enfermagem. Perspectivando o processo de aquisição de competências de pensamento crítico, Valiga (2009) distingue a formação em contexto teórico e em ensino clínico. Assim, a autora fala em 'inibições' quando apresenta a dificuldade na promoção do pensamento crítico na componente teórica de formação, e em 'barreiras' quando se reporta ao ensino clínico.

5.2.4.1 – Inibições

Frequentemente, os docentes acreditam que a única forma dos estudantes aprenderem algo sobre enfermagem, é ouvi-la dos professores (Gil, 2007; Valiga, 2009). Como consequência, por um lado, muitos docentes estruturam as suas sessões lectivas de maneria a que os estudantes não tenham dúvidas e que não sejam estimulados a questionar para compreender. Por outro, a estruturação ordenada feita pelos professores, deixa de fora toda a desordem que pode acompanhar as situações clínicas expostas. Esta abordagem pode induzir os estudantes a uma falsa impressão de que as situações clínicas não são tão complexas ou difíceis, como na realidade elas são (Valiga, 2009).

Ao esperar perfeição e a reforçar o seu valor, os docentes podem inibir o desenvolvimento do pensamento crítico nos estudantes. Este aspecto limitativo é ainda reforçado por algumas assumpções que existem no meio académico de enfermagem e que podem restringir a promoção do pensamento crítico. Alguns desses pressupostos residem no facto de que os estudantes no início do curso não sabem resolver problemas, nem pensar criticamente; de que os erros são sempre situações más e dispendiosas que ocorrem; e que existe uma forma simples de analisar e resolver problemas, seguramente bom e que a escola sabe (Valiga, 2009).

Com o objectivo de abranger o máximo de informação possível no tempo disponibilizado para o efeito, os docentes tendem a usar aulas expositivas, mais do que o desejado, se realmente pretendem desenvolver o pensamento crítico dos estudantes. Apesar das aulas expositivas terem várias vantagens[333] (Freire, 2008; Gil, 2007; Valiga, 2009), limita o estudante a ser pouco mais que é, e não é a melhor estratégia para melhorar o raciocínio (Valiga, 2009).

Conjuntamente, a estrutura do currículo pode, por si própria, inibir o desenvolvimento do pensamento crítico do estudante. Quando o currículo é demasiado compartimentado (Perrenoud, 1999) e não permite que o estudante faça opções sobre alternativas, após ponderar o valor de cada uma dessas alternativas (Valiga, 2009).

Por último, a forma como os testes de avaliação são elaborados. Normalmente, extensivamente estruturados em questões de resposta múltiplas, que embora possam contribuir para o desenvolvimento do pensamento crítico do estudante, muitas vezes o baixo nível de complexidade não requer que os estudantes pensem criticamente (Alfaro-LeFevre, 2013; Valiga, 2009).

5.2.4.2 – Barreiras

No ensino clínico também podem existir obstáculos à promoção do pensamento crítico dos estudantes. Quando os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores assumem sempre a responsabilidade da atribuição das experiências de aprendizagem clínica, não estimulam os estudantes a pensarem nas suas necessidades de aprendizagem, na forma como podem melhorá-las, nem qual o tipo de experiência que os ajudaria a relacionar os conhecimentos teóricos e a aplicá-los na prática dos cuidados (Valiga, 2009).

Igualmente, os tutores clínicos[334] apresentam, algumas vezes, fragilidades na sua aplicação de modelos de pensamento crítico. Alguns não se sentem confiantes em ensinar o processo de pensamento crítico aos estudantes de enfermagem. Subsequentemente, tem menos sucesso em ensinar os estudantes em como usar esses processos para resolver problemas e tomar decisões (Sullivan, 2012).

Mas existem barreiras que dificultam os formadores na implementação de estratégias de ensino que promovam o pensamento crítico. Elas estão relacionadas com a falta de motivação dos estudantes, com a resistência destes para um papel activo na sua aprendizagem,

[333] Economia, flexibilidade, versatilidade, desenvolvimento da capacidade de escuta, entre outros (Gil, 2007; Valiga, 2009) (ver 5.2.2.1 – Aulas expositivas/conferências, pág. 197).
[334] Tal como referido anteriormente, considerámos como tutor, quer o docente de enfermagem, quer o enfermeiro orientador (ver pág. 145).

com as expectativas que tem de um ensino passivo, e com a falta de tempo para preparar e implementar as actividades de promoção do pensamento crítico (Valiga, 2009).

Concluindo, os processos cognitivos superiores conseguem ser maximizados pelo envolvimento activo no processo de aprendizagem, ligados à análise de um tema, à resolução de um problema ou à decisão de uma estratégia (Bevis & Watson, 2005). A aprendizagem passiva baseia-se na aquisição de factos, ideias e informação através de meios inactivos, em que escutar, excepcionalmente promove a criação de ligações. Na aprendizagem activa, a informação é obrigatoriamente dividida, analisada, reorganizada de modo a sustentar as assumpções, entretanto emergentes, ou eliminada, caso assim se justifique. No entanto, todo o processo é já em si, parte do conhecimento que o estudante adquire (Bevis & Watson, 2005).

A aprendizagem tem níveis entre o passivo e o activo, em que as várias estratégias pedagógicas vão sendo distribuídas ao longo deste contínuo. Aulas expositivas, conferências são muito passivas, enquanto que resolver problemas em pequenos grupos com uma situação significativa está associado a lado activo. Nenhuma estratégia resulta sempre com todos os estudantes, razão pela qual o docente, deve adoptar o método que lhe parece mais adequado face aos estudantes, aos conteúdos e ao contexto onde decorre a formação (Bevis & Watson, 2005; Tacla *et al*, 2012). De uma maneira geral, "quanto mais activo é o aluno, maior o compromisso; quanto maior o compromisso, maior a aprendizagem que ocorre" (Bevis & Watson, 2005, p. 251).

Neste sentido, conhecer a ESEL, a sua estrutura e a sua organização, de modo a compreender o contexto em que os professores vivenciaram e operacionalizaram a reforma educativa, é o assunto que se segue.

CAPÍTULO III – Reflexos de Uma Realidade

Se podes olhar, vê

Se podes ver, repara.

José Saramago (1995)

6 – A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

A cultura organizacional de uma instituição é constituída por "um conjunto de «factores imponderáveis», como relações, crenças, pressupostos e representações, que regulam o comportamento dos participantes e orientam os esforços colectivos para a consecução dos objectivos organizacionais" (Fernandes, 2000b, p. 95). Neste âmbito, a cultura organizacional determina não só os comportamentos e práticas dos seus membros, mas também as atitudes e os valores que estes defendem, constituindo uma resposta individualizada da própria organização. Como tal, a escola, enquanto organização, apresenta um 'clima'[335] resultante das relações humanas existentes no seu interior, que influencia as atitudes e valores dos seus membros, bem como o desenvolvimento destas.

Neste contexto, a ESEL, enquanto organização complexa, exige que quando se analisa a mudança se procure ultrapassar a imagem da escola como universo fechado e sujeito a todos os determinismos, para passar a considerá-la também como uma instância capaz de se auto-organizar, de produzir regras e tomar decisões (Fernandes, 2000b). Atendendo ao equilíbrio entre a singularidade e banalidade do lugar, características importantes num estudo de caso (Stake, 2007), sentimos necessidade de compreender o desenvolvimento curricular e os factores que o influenciaram através de quatro dimensões: o contexto, as pessoas, os conteúdos e o processo[336] (Rua, 2009).

6.1 – O contexto

Caracterizar o contexto sociocultural da ESEL exige um olhar inclusivo às políticas de educação e às políticas de saúde (Rua, 2009), como vectores de influência e determinação que condicionam a escola. Mais do que um espaço social com várias dimensões construídas na base de princípios de força e de poder (Bourdieu, 1989), a escola rege-se e faz-se reger por imperativos sociopolíticos. Por um lado, a agenda educacional, fruto de uma globalização neoliberal, centrada na eficiência, competição, performance e «accountability» [337] (Sousa

[335] O papel de 'clima' é assumido pela 'cultura organizacional' e diz respeito à forma como os participantes compreendem os valores da organização e a sua caracterização multifacetada (Fernandes, 2000b).
[336] Ver ilustração 12, na pág. 164 deste estudo
[337] As mudanças provocadas pela globalização neoliberal repercutem-se no conteúdo e no desempenho das IES. Mudanças que se traduzem na primazia das metodologias quantitativas, na ênfase em estudos de carácter avaliativo e de diagnóstico suportados por uma racionalidade económica, numa perspectiva de custo-benefício, e, por fim, na preocupação exagerada com a avaliação dos resultados da aprendizagem através da aplicação periódica de testes padronizados (Sousa Santos, 2008).

Santos, 2008); por outro lado, a equidade[338], a eficiência técnica e económica[339], como objectivos das políticas de saúde (Simões, 2004), que tiveram um papel importante na definição e implantação do currículo da ESEL.

A ESEL é uma instituição pública, não integrada, de ensino superior politécnico, criada pelo Decreto-Lei n.º 175/2004, de 21 de Julho. Resulta da fusão, livremente assumida, das quatro escolas superiores de enfermagem públicas de uma cidade portuguesa: Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara[340]; Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil[341]; Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian[342] e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende[343]. Todas as escolas eram tuteladas pelo Ministério da Educação e, posteriormente, pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. A partir de 2004 deu-se início ao processo de fusão sendo criada uma comissão de acompanhamento que dirigiu o processo de construção dos estatutos da ESEL e da eleição dos primeiros órgãos de gestão. Os seus estatutos foram aprovados pelo Despacho normativo n.º 16/2009, de 7 de Abril, e os primeiros órgãos de gestão – Conselho Directivo, Conselho Pedagógico e Assembleia de Escola – tomaram posse a 24 de Setembro de 2007. No momento actual (2014), a ESEL, de acordo com os seus estatutos[344], tem os seguintes órgãos de gestão: Presidente[345], Conselho Geral[346], Conselho Técnico-Científico[347] e Conselho

[338]A possibilidade de acesso a cuidados suficientes e equitativos de modo a que todos os cidadãos possam beneficiar de um mínimo de cuidados, sem condicionantes de rendimento e livres de risco individual (Simões, 2004).

[339]Maximizar o resultados dos cuidados e a satisfação dos consumidores com consumo mínimo, traduzindo-se em modelos de gestão e de organização dos hospitais. Bem como, restrição de consumos de modo a limitar a despesa, quer a resultante de políticas públicas, quer pelo excesso de oferta do mercado privado ou procura de cuidados de saúde (Simões, 2004).

[340] Foi a primeira escola pública de Enfermagem em Portugal. A sua origem remonta ao século XIX, com a criação, em 1886, do primeiro curso para a formação de enfermeiros no Hospital de S. José. Foi, ao longo de 120 anos, uma referência incontornável na história de enfermagem portuguesa (Despacho normativo n.º 16/2009).

[341]Foi criada em 1940, ligada ao Instituto Português de Oncologia, com o objectivo de assegurar ao país a formação de enfermeiros qualificados, capazes de participar, pela sua competência científica e humana, na melhoria da assistência de saúde. Apadrinhada pela Fundação Rockefeller, a sua tutela pertencia já ao ministério de educação (Despacho normativo n.º 16/2009).

[342]Tem origem em 1957 criada aquando da abertura do Hospital Escolar de Lisboa. Em 1968, a Fundação Calouste Gulbenkian financiou a construção e o equipamento dos edifícios da Escola e da Residência das Alunas. Pioneira no associativismo estudantil em Enfermagem, nos seus 50 anos de existência foi também um marco na formação inicial em Portugal (Despacho normativo n.º 16/2009).

[343]Renomeada em 1986 após ter sido criada como Escola Pós-Básica de Lisboa, com o objectivo de rentabilizar recursos de formação pós-graduada dispersos em várias instituições existentes na cidade (Despacho normativo n.º 16/2009).

[344]Despacho normativo n.º 16/2009 (Diário da República, 2.ª série, n.º 68, de 7 de Abril de 2009).

[345] A presidência da ESEL é assegurada por um presidente e dois vice-presidentes.

[346] O Conselho Geral da ESEL tem quinze membros efectivos: oito docentes, dois discentes, um não docente e quatro individualidades externas (Despacho normativo n.º 16/2009, artigo 27º).

[347] O Conselho Técnico-Científico é constituído por vinte e cinco professores.

Pedagógico[348]. A ESEL desenvolve as suas actividades em três polos situados nos edifícios das escolas que lhe deram origem (ESEL, 2008).

A ESEL é uma pessoa colectiva de direito público, dotada de personalidade jurídica e de autonomia estatutária, científica, pedagógica, cultural, administrativa, financeira, patrimonial e disciplinar. Tem como missão ser um centro de criação, desenvolvimento, transmissão e difusão de cultura e ciência de enfermagem, que visa a excelência e a inovação. De acordo com a legislação em vigor, confere os graus de licenciado e de mestre emitindo diplomas correspondentes aos cursos que lecciona (Despacho normativo n.º 16/2009, art. 2º, 3º e 4º).

De referir qua a investigação, elemento chave de toda a Enfermagem, tanto a nível formativo como profissional, se encontra representada na ESEL com uma unidade de investigação, com o desenvolvimento de vários projectos de investigação em articulação com o contexto da prática profissional. A internacionalização, como pilar essencial da modernização e desenvolvimento das instituições de ensino superior (Sousa & Carvalho, 2012), bem como actividades e a relação com a comunidade, em projecto de parcerias, foram outros dos vectores estabelecidos para afirmação da ESEL.

Criar um currículo num contexto de reestruturação de quatro escolas e de redefinição de uma nova identidade, não terá sido um elemento facilitador e promotor de mudanças, como se verá a seguir[349]. O mandato[350] que recaiu sobre os sistemas de ensino superior tinha como máxima: "massifiquem-se, sejam relevantes e garantam a excelência académica" (Magalhães, 2004, p. 364). A regulação social moderna do ensino superior, especialmente do público, tem sido ao longo dos tempos sustentada pelo Estado, o mercado e a sociedade civil. Nos últimos trinta anos, o mercado evidenciou-se como elemento chave na vida das IES. Desde então, as preocupações da sociedade civil têm sido facilmente confundidas com as regras do mercado ou subordinadas a eles, e o Estado tem muito frequentemente usado o seu poder coercitivo para impor imperativos de mercado às IES relutantes (Sousa Santos, 2012).

[348] O Conselho Pedagógico tem na sua composição, seis docentes e seis discentes.

[349] Ver subcapítulo 7 deste estudo – Ensino superior: uma ameaça ou um desafio? (pág. 225 e seguintes)

[350] Na segunda metade do século XX, o sistema de ensino superior na Europa passou por uma intensa transformação e experimentou, sobretudo nas últimas décadas, uma extraordinária expansão (Galego, Marques & Teodoro, 2011). Como consequência, a educação superior assume, actualmente, múltiplos e diversos selves: ensino universitário, ensino terciário, ensino pós-secundário, educação politécnica/vocacionalizante, educação fundada na investigação (Magalhães, 2004). Uma das forças motrizes dessa mudança foi o significado consideravelmente maior da ciência, da pesquisa e da qualificação para a capacidade de geração de riqueza de uma sociedade, da qual depende, em última instância, também a estabilidade dos sistemas de segurança e de bem-estar social. A concorrência cada vez mais globalizada tem vindo a exigir um conhecimento novo e rapidamente aplicável, tornando o ciclo da inovação tecnológica cada vez mais breve, em quase todas as áreas da produção e da sociedade (Galego, Marques & Teodoro, 2011).

A ESEL parece surgir assim, num momento de viragem do ensino superior de enfermagem em Portugal[351], em que além de produzir conhecimento e profissionais, passa a ser ela própria, um mercado no mundo do ensino superior de enfermagem (Sousa Santos, 2012). A mudança nas estratégias de regulação e controlo estatal que se traduziu na autonomia das escolas superiores de enfermagem é, nas palavras de Santiago (2005), uma autonomia mitigada. Encorajadas pelo discurso de autonomia, nomeadamente no domínio financeiro e orçamental, as instituições de ensino superior numa lógica de auto-regulação (Neave, 2008), passam a adoptar um maior número de actividades orientadas pelo objectivo de captar recursos no exterior (Santiago, 2005). Esta mercantilização da Educação[352] de enfermagem faz-se sentir na organização dos currículos e dos processos de ensino, com o objectivo de os adequar aos critérios de qualificação e de competência profissional e aos requisitos entendidos do mercado de trabalho (Santiago, 2005; Taylor, 2013).

O movimento de reestruturação das escolas de enfermagem teve em conta a certificação de competências para a obtenção da qualidade da saúde da população portuguesa. Procurou assegurar uma educação de alta qualidade através do desenvolvimento de competências de intervenção e acção clínica e valorizadas pelas entidades empregadoras[353]. Adoptar um estatuto de espaço distinto para a reflexividade e a reconstrução dos saberes abstractos para um enfermeiro como 'trabalhador do conhecimento'[354] (Amendoeira, 2008), foram metas a atingir.

A complexidade da mudança que resultou na ESEL teve de compatibilizar o individual e o colectivo, numa centralização e descentralização do ensino de enfermagem (Fernandes, 2000b; Hargreaves & Fullan, 2012). Estas tendências opostas influenciaram a capacidade de lidar com a mudança, caracterizando o modo como a implementação do primeiro currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem desta escola foi elaborado. Defendendo a mudança como um meio e não um fim em si mesmo (Magalhães, 2004), como assegurou a ESEL a sua identidade?

[351] A nível nacional, foram desenvolvidas outras fusões das escolas superiores de enfermagem, quer a nível do ensino superior público, quer a nível do ensino superior privado.

[352] A nível externo, uma maior autonomia mas que traduz uma intervenção reguladora do Estado. A nível interno, uma oportunidade de afirmação e de legitimidade social da escola, baseada na demonstração expressa da sua utilidade económica (Santiago, 2005; Lima, 2007).

[353] "ESEL: Ensino e Investigação de excelência." Artigo publicado no suplemento Qualidade & Inovação do jornal Público, no dia 27 de Fevereiro de 2013.

[354] Numa perspectiva dialéctica entre a formação e o trabalho, o enfermeiro contextualiza os saberes abstractos apropriados em contextos de formação profissional, em articulação com outras formas de saber, nomeadamente, os saberes tácitos da experiência no trabalho, possibilitando-lhe o desenvolvimentos de qualificações fundamentais para saber cuidar, como processo de interacção (Amendoeira, 2008).

6.2 – As pessoas

O importante no ambiente escolar é a criação de uma cultura de colaboração, em que os vários elementos trabalham juntos usando uma sabedoria colectiva e promovendo um desenvolvimento do desempenho, bem como a formação de redes na equipa (Hargreaves & Fullan, 2012). Esta coesão entre as capacidades individuais e o trabalho de equipa (Rua, 2009) está para além de uma simples junção de actores e funções, caracterizando a cultura de escola (Fernandes, 2000b). A equipa alargada que constitui a ESEL está distribuída por pessoal docente, pessoal não docente e discentes.

6.2.1 – Pessoal docente

Situando-nos em 2010[355], o corpo docente da ESEL era constituído por 158 docentes efectivos, dos quais 114 exerciam actividade em tempo integral e 44 em tempo parcial[356], como se pode constatar no quadro 14. A totalidade dos docentes em tempo integral encontrava-se dividida pelas categorias de professor adjunto, com 70 elementos (44%); e de professor coordenador, com 44 elementos (28%), de acordo com a carreira docente do docente do ensino superior politécnico[357]. Os docentes em tempo parcial encontravam-se divididos em docentes equiparados a professor coordenador, com 1 elemento (1%); docentes equiparados a professor adjunto com 6 elementos (4%); e docentes equiparados a assistente, num total de 37 elementos (23%).

Comparativamente, no final do ano de 2013[358], é notória a diminuição do corpo docente para 145 docentes efectivos, essencialmente devido à redução dos docentes em tempo integral que passam a ser 97[359]. De salientar, que emerge um ligeiro acréscimo do número de docentes em tempo integral, com 48 elementos, como resposta à descida do valor total de docentes (quadro 14). A totalidade dos docentes em tempo integral encontra-se dividida pelas categorias de professor adjunto, com 58 elementos (40%); e de professor coordenador, com 39 elementos (27%). Os docentes em tempo parcial encontram-se divididos em docentes equiparados a professor coordenador, com 1 elemento (1%); docentes equiparados a professor adjunto com 5 elementos (3%); e docentes equiparados a assistente, num total de 42 elementos (29%).

[355] Ano em que procedemos à recolha de dados.
[356] Docentes externos que são contratados para actividades a tempo parcial ou pontual (Decreto-Lei n.º 207/2009).
[357] Decreto-Lei n.º 207/2009, de 31 de Agosto.
[358] Últimos dados disponibilizados relativos ao relatório de actividades de 2013 (ESEL, 2014b).
[359] Tal facto deve-se ao número de docentes entretanto aposentados.

Manteve-se uma maioria de docentes do sexo feminino no período de tempo assinalado, com 124 e 111, respectivamente em 2010 e 2013. A moda de idade situa-se no grupo etário dos 50 aos 54 anos, com 44 docentes[360].

Quadro 14 – Distribuição do corpo docente da ESEL, entre 2010 e 2013, por género e categoria profissional

Docentes	2010			2013		
	F	M	Total	F	M	Total
Docentes a tempo integral	**114**			**97**		
Professor Adjunto	54	16	70	46	12	58
Professor Coordenador	39	5	44	32	7	39
Docentes a tempo parcial	**44**			**48**		
Professor Coordenador	1		1		1	1
Professor Adjunto	4	2	6	3	2	5
Assistente	26	11	37	30	12	42
Total	**124**	**34**	**158**	**111**	**34**	**145**

Fonte: Adaptado de ESEL (2014a).

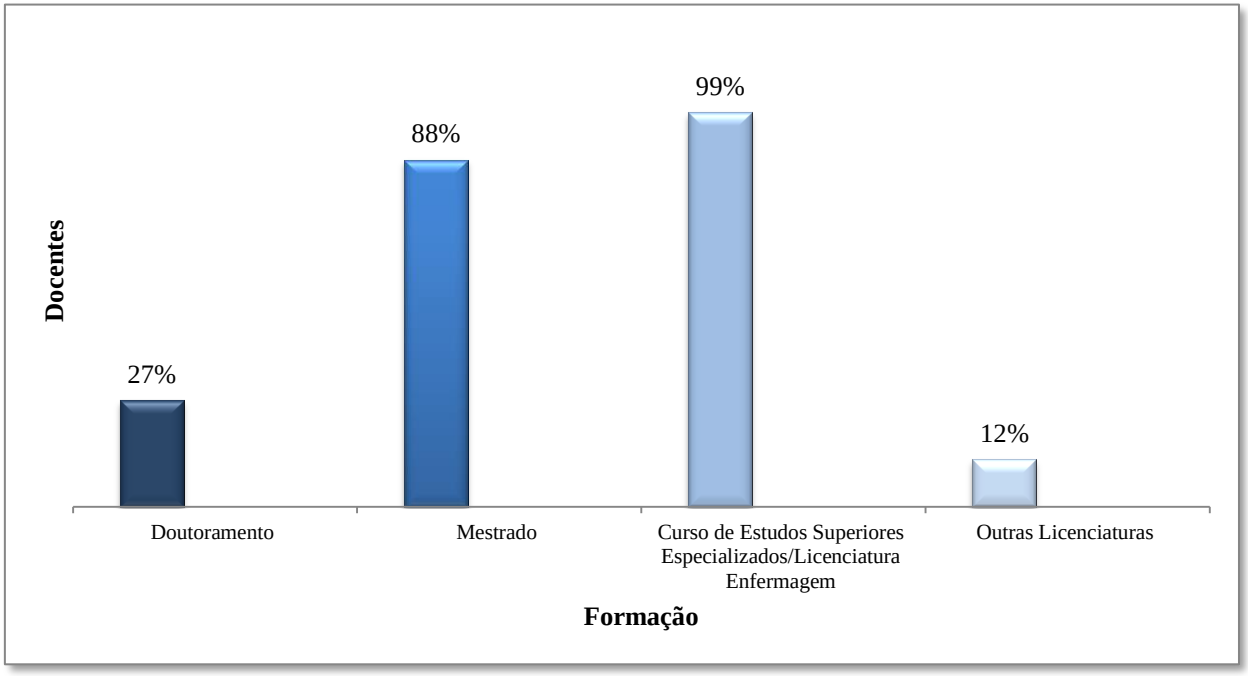
De referir que a quase totalidade do corpo docente (99%)[361] tem formação inicial (1º ciclo) em enfermagem[362]. No entanto, 12 docentes (12%), para além de enfermagem, detém outras licenciaturas (gráfico 1). As mais representativas são: a 'licenciatura em ciências de educação', com 3 docentes; e a 'licenciatura em psicologia clínica', igualmente com 3 docentes. As restantes licenciaturas (ciências farmacêuticas, antropologia social, sociologia, história, estatística e gestão informática) encontram-se equitativamente representadas por um docente.

[360] Informação disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/8C20E966-6DCB-4D5A-BDF6-11562D19A1BF/3441/BalancoSocial2011_MEC_ESEL.pdf

[361] Existe um docente com formação em 'sociologia' e outro em 'psicologia'.

[362] Quer ao nível de um curso de especialização, como curso de estudo superior especializado, quer como licenciatura.

Gráfico 1 – Distribuição dos docentes, segundo formação académica



A formação a nível do mestrado abrange 88% do total dos docentes (gráfico 1), representando em números absolutos 85 docentes. As áreas são bastantes diversas, havendo um predomínio a nível do mestrado em 'ciências de enfermagem' com 30 docentes (35%); seguido do mestrado em 'ciências da educação', com 11 docentes (13%); sucedido pelo mestrado em 'comunicação e saúde', com 7 docentes (8%); mestrado em 'comportamento organizacional', com 5 docentes (6%); mestrado em 'saúde escolar' e 'psicologia clínica', cada um com 4 docentes (5%) respectivamente; mestrado em 'sociologia da família', 'saúde comunitária' e 'saúde publica' com 2 docentes (2%) cada; e por fim outros mestrados[363], com um docente cada, num total de 18 docentes (21%).

A ESEL tem desenvolvido um esforço no sentido dos professores desenvolverem a sua formação dando resposta aos normativos legais em vigor[364]. O número total de docentes em tempo integral, com o grau de doutor é de 26 (27%) obedecendo aos critérios estabelecidos pelo RJIES[365]. Destes, 9 docentes (35%) possuem o doutoramento em 'enfermagem'; 8

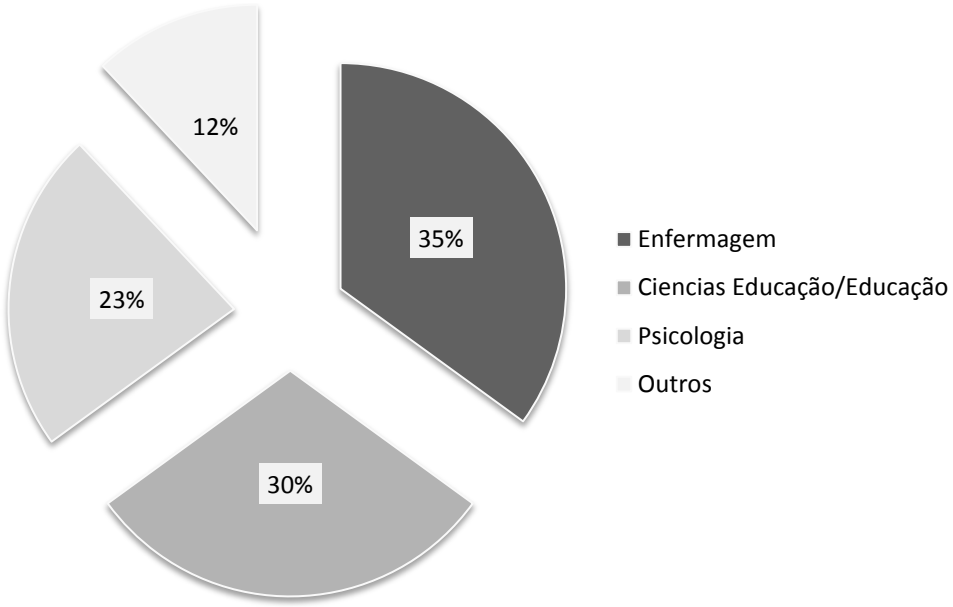
[363]Inclui mestrado em: 'antropologia', 'bioética', 'comunicação, cultura e tecnologias de informação', 'cuidados paliativos', 'desenvolvimento da criança', 'ecologia humana', 'educação especial', 'educação médica', 'epidemiologia', 'estudo sobre as mulheres', 'gestão de serviços de saúde', 'intervenção socio-organizacional na saúde', 'psicologia', 'psicologia clínica', 'psicologia educacional', 'psicologia social e organizacional', 'sexologia', e 'sociologia'.

[364]RJIES (Lei 62/2007, de 10 Setembro).

[365]"No conjunto dos docentes e investigadores que desenvolvam actividade docente ou de investigação, a qualquer título, na instituição, pelo menos 15 % devem ser doutores em regime de tempo integral" (RJIES, art. 49º).

docentes (30%) em 'ciências da educação/educação'[366]; 6 docentes (23%) em 'psicologia'[367] e 3 docentes (12%) possuem o doutoramento noutras áreas, como 'filosofia', 'ciências sociais' e 'idoso hospitalizado'[368] (gráfico 2). A valorização da formação avançada, ao nível do 3º ciclo (gráfico 1), é notória na ESEL, não só pelo número de docentes doutorados, como também pelo número docentes inscritos em programas de doutoramento – 33 elementos (34%) no momento actual[369].

Gráfico 2 – Distribuição dos docentes doutorados, por áreas de conhecimento



Outro dos requisitos impostos pelo RJIES, de modo a garantir a autonomia científica e pedagógica, é a existência de docentes com o título de especialista[370] que em conjunto com os docentes doutores, constituem um corpo docente adequado ao ensino superior politécnico. A ESEL tem na sua equipa docente, 40 especialistas (41%) o que está de acordo com o preconizado[371]. Tal facto, juntamente com o nível de doutores existentes, sugere um equilíbrio e um corpo docente estável (RIJES, art. 50º).

[366] Inclui o doutoramento em 'educação', em 'ciências da educação' e em 'didáctica y organizacion de instituicones educativas'.
[367] Inclui o doutoramento em 'psicologia clínica e da saúde', em 'psicologia social e organizacional' e em 'psicologia social'.
[368] Doutoramento em 'philosophy and autonomy and empowerment of hospitalized old people'.
[369] Os dados referem-se a Abril de 2014.
[370] "O título de especialista comprova a qualidade e especial relevância do currículo profissional numa determinada área" (RJIES, art. 48º).
[371] No conjunto de docentes e, para além dos doutores, pelo menos 35 % devem ser detentores do título de especialista (RJIES, art. 49º).

A forma como os professores se relacionam entre si e os modos de associação que edificam, permite descrever a cultura profissional da escola (Fernandes, 2000b). Uma determinada cultura profissional pode assumir uma forma individualizada ou colaborativa, podendo esta subdividir-se em balcanizada; colegialidade artificial; comunidades de aprendizagem profissional; e em «cluster», redes e federações[372] (Hargreaves & Fullan, 2012). Relativamente à ESEL, ela parece incluir-se numa cultura balcanizada com os professores separados em onze departamentos disciplinares, designadamente: Administração em Enfermagem; Educação em Enfermagem; Enfermagem do Adulto e do Idoso; Enfermagem de Saúde Comunitária; Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Fundamentos de Enfermagem; Gestão em Enfermagem; Investigação em Enfermagem.

Na análise da evolução do número de efectivos ao longo dos últimos três anos (2010-2013), a diminuição do número de docentes em tempo integral parece ter tido uma fraca compensação com os docentes em tempo parcial[373]. Haverá sobrecarga de trabalho para os docentes efectivos da ESEL? Que critérios estão por base na distribuição de serviço docente? Como conseguirão os docentes gerir as suas actividades atendendo à dispersão geográfica da ESEL?

6.2.2 – Pessoal não docente

A ESEL dispõe, no momento actual,[374] de 111 elementos não docentes. As categorias existentes são: assistentes técnicos[375] com 47 elementos; assistentes operacionais[376] com 45

[372] A cultura profissional pode apresentar uma dos seis tipos seguintes: 'individualizada', o que significa que os professores trabalham isolados uns dos outros e independentemente e 'colaborativa', o que significa que os professores trabalham em conjunto e partilham ideias e materiais como uma só comunidade profissional. A cultura colaborativa pode ser apresentada sob a forma: 'balcanizada', em que os professores estão separados em diferentes subgrupos ou departamentos e têm, por vezes, de trabalhar em conjunto, numa fraca ligação (tipo Estados Balcânicos), é comum nas escolas de ensino superior; 'colegialidade artificial', em que a colaboração é imposta e regulamentada em termos de normas que podem incluir medidas como a obrigatoriedade de ensino em equipa, ou de planeamento colaborativo, não resultando o trabalho conjunto da iniciativa dos professores, mas da exigência dos normativos em vigor; 'comunidades de aprendizagem profissional' em que um grupo de professores com responsabilidade colectiva de um objectivo educativo comum e orientados pela experiência, promove uma aprendizagem por objectivos e uma reflexão sobre a prática; e '«cluster», redes e federações' em que a colaboração dos professores é interescolar levando ao desenvolvimento mútuo de novos recursos e a prática compartilhada (Hargreaves & Fullan, 2012).

[373] Os dados apresentam um decréscimo de 14 elementos do corpo docente em tempo integral e um aumento de 4 elementos em tempo parcial.

[374] Últimos dados disponibilizados relativos ao relatório de actividades de 2013 (ESEL, 2014b).

[375] "Funções de natureza executiva, de aplicação de métodos e processos, com base em directivas bem definidas e instruções gerais, de grau médio de complexidade, nas áreas de actuação comuns e instrumentais e nos vários domínios de actuação dos órgãos e serviços" (ESEL, 2013).

elementos; técnicos superiores[377] com 4 elementos e dirigentes[378], com 4 elementos. Faz ainda parte do número efectivo da ESEL um médico escolar, a tempo parcial. O elemento com a categoria de 'enfermeiro' existente em 2010, tratava-se de um enfermeiro em funções de professor adjunto na ESEL tendo posteriormente sido incluído na carreira de docente do ensino superior politécnico e daí a inexistência no número de efectivos mais recente (quadro 15).

Quadro 15 – Evolução do número de efectivos não docentes da ESEL entre 2010 e 2013, por categoria profissional[379]

Categorias	N.º de efectivos	
	2010	2013
Enfermagem	1	0
Dirigentes	3	4
Médico Escolar (tempo parcial)	1	1
Técnico Superior	8	13
Informático	1	1
Assistente Técnico	56	47
Assistente Operacional	56	45
Total	**126**	**111**

Fonte: adaptado de ESEL (2014a).

Nota-se uma diminuição total de 15 elementos não docentes de 2010 a 2013[380]. Salienta-se a diminuição do número de assistentes operacionais e de assistentes técnicos, e um acréscimo nas categorias de técnicos superiores e de dirigentes. Tal parece ter ocorrido pela

[376] "Funções de natureza executiva, de carácter manual ou mecânico, enquadradas em directivas gerais bem definidas e com graus de complexidade variáveis. Execução de tarefas de apoio elementares, indispensáveis ao funcionamento dos órgãos e serviços, podendo comportar esforço físico. Responsabilidade pelos equipamentos sob sua guarda e pela sua correcta utilização, procedendo, quando necessário, à manutenção e reparação dos mesmos" (ESEL, 2013).

[377] "Funções consultivas, de estudo, planeamento, programação, avaliação e aplicação de métodos e processos de natureza técnica e ou científica, que fundamentam e preparam a decisão. Elaboração, autonomamente ou em grupo, de pareceres e projectos, com diversos graus de complexidade, e execução de outras actividades de apoio geral ou especializado nas áreas de actuação comuns, instrumentais e operativas dos órgãos e serviços. Funções exercidas com responsabilidade e autonomia técnica, ainda que com enquadramento superior qualificado. Representação do órgão ou serviço em assuntos da sua especialidade, tomando opções de índole técnica, enquadradas por directivas ou orientações superiores" (ESEL, 2013).

[378] "Gestão geral do respectivo serviço ou organismo por forma a garantir a prossecução das atribuições cometidas aos mesmo, através da optimização dos recursos humanos, financeiros e materiais, assegurando e promovendo a qualidade dos serviços prestados e a satisfação dos respectivos destinatários" (ESEL, 2013).

[379] Tal como referido anteriormente, considerámos aqui o número de efectivos em 31 de Dezembro de 2010, período em que efectuámos a recolha de dados, e os dados existentes até ao momento actual (ESEL, 2014b).

[380] Será resultado da restruturação da Escola? Significará aposentações não substituídas? Política de contenção de custos?

necessidade de qualificar o pessoal não docente e de acordo com as directivas legais, de cada serviço das IES ter um técnico superior como responsável.

6.2.3 – Discentes

Relativamente aos discentes, a ESEL detém como formação inicial de nível superior, o Curso de Licenciatura em Enfermagem, com cerca de trezentos estudantes por cada ano do curso, num total de 1334[381]. Com base num questionário realizado aquando da inscrição[382], pode constatar-se que a maioria dos estudantes que ingressaram pela primeira vez, no ano lectivo de 2013/2014 pertence ao género feminino e tem menos de 20 anos de idade; a ESEL foi o estabelecimento de ensino mais vezes escolhido em primeira opção, assim como o Curso de Licenciatura em Enfermagem; ingressaram através do regime geral, com uma nota média de ingresso de 14,5; em termos demográficos, a grande maioria é portuguesa, natural e proveniente da Grande Lisboa, seguindo-se a Zona Centro (ESEL, 2014b).

Ao nível do 2º ciclo, uma das componentes fundamentais do plano pedagógico, científico e cultural da ESEL, existe como oferta formativa os seguintes cursos: Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia; Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem (Comunitária; Médico-cirúrgica; Reabilitação; Saúde Infantil e Pediátrica; Saúde Mental e Psiquiátrica); Curso de Mestrado em Enfermagem (Gestão; Pessoa em Situação Crítica), que expomos no quadro 16.

Com base no quadro seguinte (quadro 16) podemos verificar que o número de estudantes por curso é de 30, com excepção do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que conta com 75 estudantes (25 em cada vertente de formação: Oncológica, Idoso, Nefrológica) o que perfaz um total de 285 estudantes. Quanto ao volume global de estudantes do mestrado que frequentam o 2º ciclo no ano lectivo de 2013/2014, estão assinalados 478[383], o que parece dar conta da atractividade dos cursos no contexto actual de forte constrangimento financeiro (ESEL, 2014b).

[381] A distribuição dos estudantes inscritos é mais elevada nos dois primeiros anos, cerca de 340 estudantes, enquanto nos dois últimos anos se situa pelos 325 estudantes. Tal parece dever-se a algum insucesso escolar, comportamento habitual no perfil de curso (ESEL, 2014b).

[382] Os estudantes preencheram anonimamente um questionário sobre a forma de acesso ao ensino superior (nota, candidatura, opções e colocações), o seu percurso escolar no ensino secundário, a prática de actividade profissional e o perfil demográfico e socioeconómico do agregado familiar (ESEL, 2014b).

[383] Valor que representa a totalidade dos estudantes matriculados incluindo os 285 estudantes entrados no ano lectivo de 2013/2014.

Quadro 16 – Distribuição dos estudantes, por oferta formativa de 2º ciclo na ESEL

Oferta Formativa de 2º ciclo	Nº de estudantes
Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	30
Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem:	
Comunitária	30
Médico-cirúrgica (vertentes: Oncológica, Idoso, Nefrológica)	75
Reabilitação	30
Saúde Infantil e Pediátrica	30
Saúde Mental e Psiquiátrica	30
Curso de Mestrado em Enfermagem:	
Gestão	30
Pessoa em Situação Crítica	30
TOTAL	**285**

O Programa de Doutoramento, existente desde 2004, resulta do protocolo entre a Universidade de Lisboa e as quatro escolas superiores de enfermagem precursoras da ESEL, admitindo cerca de 15 estudantes por ano lectivo. Neste ano lectivo de 2013/2014, estão inscritos 106[384] doutorandos, considerando uma taxa de sucesso de 57,4%, valor que tende a crescer com as discussões em fase de agendamento (ESEL, 2014b).

Sucintamente, podemos constatar que a ESEL detém cerca de 1918 estudantes distribuídos pelas várias formações que abrangem os três ciclos de formação do ensino superior, com um forte impacto ao nível do 1º e do 2º ciclo, como preconizado no RJIES (quadro 17).

Quadro 17 – Número de estudantes a frequentar o ano lectivo 2013/2014, por nível de formação, na ESEL

Formação	Número de estudantes
Licenciatura	1334
Mestrado	478
Pós Licenciatura de Especialização	
Doutoramento	106
Total	**1918**

Fonte: ESEL, 2014b

[384] Valor que representa os estudantes regularmente inscritos para conclusão do doutoramento incluindo os 15 estudantes entrados no ano lectivo de 2013/2014.

A empregabilidade dos seus licenciados, especificamente dos diplomados do ano lectivo 2012/13[385], situa-se em 65%. Em relação ao tempo para obter colocação no mercado de trabalho, este variou entre dois a seis meses, e 53% conseguiu-o através de candidatura espontânea (ESEL, 2014b). De referir que actualmente, o mercado de emprego extravasa o nosso país, sendo alargado a todo o mundo, como sugerido no guia do estudante [386].

6.3 – Os conteúdos

Entende-se que o currículo escolar reflicta um projecto educativo, globalizador, que concretize as diversas dimensões de desenvolvimento pessoal, social e cultural dos indivíduos permitindo o desenvolvimento de capacidades e competências consideradas fundamentais para o seu desempenho em sociedade. Nesse sentido, os conteúdos adquirem um significado para além da selecção de conhecimentos pertencentes a diferentes áreas do saber (Gimeno Sacristán, 2000).

As categorias agregadas aos 'conteúdos' como factor de influência do desenvolvimento do novo currículo da ESEL (desenvolvimento tecnológico e científico, complexidade de situações, novos problemas de saúde) (Rua, 2009), devido ao impacto para a compreensão do ensino da tomada de decisão, serão abordadas numa análise mais aprofundada, no subcapítulo: a visão normativa do processo de ensino da tomada de decisão – perspectiva da ESEL – (ver pág. 255 e seguintes).

6.4 – O processo

O planeamento adequado do currículo em enfermagem deve atender a duas vertentes: ao perfil de saída do estudante e aos processos de ensino, tanto quanto aos conteúdos. O processo é o aspecto que permite os conteúdos serem aprendidos de um forma duradoura e constante (Bevis & Watson, 2005).

As categorias subjacentes ao 'processo' como factor de influência do desenvolvimento do novo currículo da ESEL (centralização em situações de aprendizagem, métodos de promoção do pensamento crítico, prática reflexiva) (Rua, 2009), pelo seu papel primordial na compreensão do ensino da tomada de decisão, serão desenvolvidas numa análise mais pormenorizada, no subcapítulo: a visão prescritiva do processo de ensino da

[385] Foi efectuado um inquérito telefónico, em Fevereiro de 2014, aos duzentos e setenta e oito (278) diplomados pela ESEL em 2013. Destes, responderam cento e oitenta e nove (189), o que correspondeu a 68% da totalidade do universo dos diplomados do ano lectivo 2012/13 (ESEL, 2014b).

[386] Guia orientador do estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem, ano lectivo 2013/14. Informação disponível em: http://goo.gl/wq6YA0

tomada de decisão – óptica dos docentes e dos enfermeiros orientadores (ver pág. 270 e seguintes).

Sintetizando, a ESEL parece ter surgido como resposta às exigências do contexto sociopolítico, baseada em quatro escolas com um historial marcante no ensino de enfermagem em Portugal. Sugere ter um corpo docente qualificado, e um corpo não docente em sintonia com os requisitos do ensino superior. Os seus discentes, em número significativo, parecem demonstrar ser uma referência no contexto nacional.

De seguida, procura-se através do referido pelos professores de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores da ESEL compreender como vivenciaram a reforma educativa e quais as implicações no ensino da tomada de decisão.

7 – Ensino Superior: uma Ameaça ou um Desafio?

Como plano fundamental de melhoria e mudança com progresso, as reformas educativas assumem um papel como elementos fundamentais na regulação e no controlo da Educação em si, e da sociedade em geral (Teodoro, 2001). Desse modo, é de extrema importância a forma como as reformas educativas são implementadas, pois é no processo que se situam, maioritariamente, as razões que comprometem o seu êxito (Fernandes, 2000b). Pela análise do processo de mudança, a autora refere que este exige conhecimento, sensibilidade, adesão e empenhamento, sustentado numa fundamentação moral que lhe dê sentido.

Na procura de razões para explicar porque fracassam as reformas, vários têm sido os argumentos evocados, desde os organizacionais aos políticos e aos económicos, conforme tem vindo a ser enfatizado por Fernandes (2000b)[387]. A escola, como sistema burocratizado, tende a defender-se da reforma e a afastar-se das iniciativas que lhe são apresentadas, conservando rotinas que assegurem a estabilidade da sua cultura organizacional (Canário, 1992). As mudanças educativas que ameacem esses princípios arriscam-se a serem rejeitadas ou transformadas numa forma semelhante ao que existia. Trata-se do modo não como as reformas mudam a escola, mas como a escola muda as reformas (Tyack & Cuban, 1995).

Motivo pelo qual, e corroborando a opinião de Fernandes (2000b), a perspectiva de uma melhor compreensão da complexidade do processo da reforma educativa na ESEL, leva-nos a dedicar alguma atenção à análise do processo de mudança.

[387] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

7.1 – Circunstâncias referidas como coadjuvantes da reforma educativa

Através do discurso dos participantes, a cooperação interinstitucional existente entre alguns docentes de enfermagem e enfermeiros orientadores, emergiu como facilitador da implementação do novo currículo da ESEL. A partilha de saberes e de experiências entre ambos permitiu uma co-orientação dos estudantes e uma orientação efectiva no processo de aprendizagem destes (Amendoeira, 2006b).

Conscientes de que a formação é uma das medidas marcantes na promoção da inovação, os docentes referenciaram-na conjuntamente como factor de promoção de mudança. A formação avançada que alguns professores realizaram ou estavam a desenvolver, foi considerada como coadjuvante na execução da reforma educativa. Ambos os factores facilitadores encontram-se esquematizados no quadro 18.

Quadro 18 – Factores que facilitaram a implementação da reforma educativa

Factores que facilitaram a implementação da reforma educativa	**Institucionais**	**Pessoais**
	Cooperação interinstitucional	Formação avançada dos docentes

De seguida, passamos a apresentar a análise dos discursos dos professores pelas duas categorias dos factores que facilitaram a implementação da reforma educativa (quadro 18).

7.1.1 – Institucionais

A relação entre instituições formadoras e as instituições prestadoras de cuidados foi durante vários anos resumida a uma disponibilização dos locais de estágio, de um lado e a utilização dos mesmos, por outro (Amendoeira, 2006b)[388]. O objectivo comum de formar enfermeiros qualificados seria o elo de ligação de uma relação pobre em partilha e caracterizada pela dicotomia teoria-prática. A formação de nível superior, as expectativas do Estado, do mercado e da comunidade veio questionar este relacionamento e apontar para a necessidade de uma participação activa de ambos os intervenientes, tanto na orientação como avaliação dos estudantes em estágio. Um dos professores entrevistados parece expor mais em pormenor, como se desenvolveu o sentido de uma formação co-responsabilizada e de uma crescente cooperação interinstitucional, manifestando-o da seguinte forma:

> "Porque eu tinha assumido um compromisso com, no curso de supervisão, onde foram preparados todos os documentos, nomeadamente, documentos de avaliação, documentos orientadores relativamente a este ensino clínico e aos do terceiro ano. Nós assumimos que

[388] Aqui seguimos, de muito perto, o texto que elaboramos para uma entrevista escrita, como participante no estudo desenvolvido por Silva (2012).

> íamos trabalhar algumas coisas, nomeadamente, o jornal de aprendizagem e, nomeadamente, o projecto de aprendizagem! Ora se trabalharmos isso no âmbito do curso de supervisão, temos os orientadores a ver como se faz, temos os orientadores pensar como nós – pode ser a primeira vez, pode até ser, mas temos que começar em algum sítio!" (DE7F)

> "tive dúvidas, que discuti com colegas, mas também foi a oportunidade de discutir com colegas, discutir com orientadores, etc, tudo isso." (DE7F)

> "acho muito interessante discutir-se e gosto até de participar nessas discussões e participo nelas quando posso, por exemplo, a discussão sobre que material a utilizar para prevenção de flebites. É óptimo! É óptimo, porque é uma situação da prática que implica várias pessoas envolvidas, não é? E os enfermeiros devem discutir isto, no momento!" (DE7F)

> "eu tenho essa experiência de fazer trabalho. Eu às vezes quando falo desse serviço, as pessoas dizem – «Mas isso é aonde?». Porque às vezes acham que eu estou a exagerar ou estou a dizer que isso não acontece. Há problemas que as pessoas às vezes relatam a propósito do ensino clínico, que eu não tenho! Não tenho!" (DE7F)

A base da relação parece assentar no reconhecimento da referência de cada um dos parceiros para o trabalho em conjunto. Será que existe uma relação igualitária e sem primazias de poderes? Um docente sugere o papel dos professores como uma referência:

> "E eu acho que foi muito importante como as pessoas ainda hoje nos vêem como referência, na escola, e no trabalho com elas! E isto não aconteceu só a nível das direcções, aconteceu também nas pessoas do terreno." (DE7F)

7.1.2 – Pessoais

O aumento de docentes de enfermagem "com o grau de mestre e doutor parece ter contribuído grandemente para o que é o conhecimento acerca das necessidades humanas de cuidados e como o fornecer" (Bevis & Watson, 2005, p. 390). Ideia apresentada por um dos professores entrevistados:

> "As teorias, não me parece que seja muito conflituoso e já falamos nas teorias de enfermagem e a maior parte das pessoas têm já uma formação dada pelo mestrado ou pelo doutoramento ou autoformação, isso foi mais ou menos pacífico." (DE1F)

Uma das finalidades da formação superior em enfermagem não era somente uma maior identificação da Enfermagem com a área académica, melhorar os conhecimentos teóricos e de investigação e fazê-la avançar como profissão, mas também requerer disciplinas que darão uma melhor educação geral (Bevis & Watson, 2005). Opinião também partilhada por um dos professores entrevistados:

> "Eu acho que a entrada no ensino superior nos fez equacionar e pensar na Enfermagem, juntamente com o desenvolvimento do doutoramento em enfermagem que tem ocorrido, acho que é fundamental. E não sei se é possível dissociar as duas coisas, acho que não faríamos um percurso sem o outro. E o facto de haver tanta gente a questionar-se, porque há! Nós vamos falando e percebemos que há muita gente a questionar-se sobre a tomada de decisão, o julgamento clínico, como é que isto se faz, quais as áreas, o que é que nós podemos deixar de lado e consideramos que é essencial para o aluno saber, ou para aprender para que possa ser capaz de decidir como enfermeiro, eu acho que o ensino superior nos fez questionar isto tudo, a ler e a estudar e a pensar e a investigar nalguns casos, como é que se está a fazer." (DE1F)

O aumento de formação parece ter sido entendido por um docente, como impulsionador de mudança, no seu processo de autoformação. A perspectiva crítico-reflexiva que esta lhe possibilitou, sugere ter-se traduzido numa mudança de concepções, como verbalizou:

> "Isto também sabes, isso aprendi a fazer, eu essa dissertação sobre desenvolvimento sócio moral, tinha outra coisa engraçada que também me levou para outra área que foi a psiquiatria. Porque eu fiz desenvolvimento sócio moral e relação empática, e relação empática dos enfermeiros que cuidam de doentes com sida. E na altura, portanto, trabalhei muito as questões da relação, da congruência, aquelas coisas E trabalhei muita com a equipa de saúde mental, nomeadamente, com a X. Portanto, este trabalho de conhecimento do próprio, de como se chega ao outro, etc, trabalhei muito com essa equipa e aprendi muita coisa sobre isso." (DE7F)

Um das finalidades da formação avançada em enfermagem além de permitir uma maior identificação da Enfermagem com a área académica, parece melhorar as suas bases teóricas e de investigação (Bevis & Watson, 2005), como salienta outro docente:

> "acho que os doutoramentos vieram trazer uma grande dimensão da reflexão, de evidencia crítica, da necessidade da prática baseada na evidencia." (DE5F)

Em síntese, a análise deste conjunto de argumentos sugere que a reforma curricular criou perspectivas de mudança em alguns dos professores entrevistados. Todavia, como se verá a seguir, a implementação do novo currículo veio alterar muitas dessas crenças, devido a constrangimentos surgidos em vários níveis de implementação.

7.2 – As dificuldades sentidas na implementação da reforma educativa

Os docentes e os enfermeiros orientadores participantes no estudo expressaram alguns obstáculos à implementação das alterações preconizadas para o Curso de Licenciatura em Enfermagem, da ESEL. Na análise dos principais argumentos apresentados como justificativos dessas dificuldades emergiram quatro factores: institucionais, organizacionais, curriculares e pessoais, sintetizados no quadro 19.

Quadro 19 – Factores que dificultaram a implementação da reforma educativa

	Institucionais	Organizacionais	Curriculares	Pessoais
Factores que dificultaram a implementação da reforma educativa	Complexidade do contexto de cuidados	Reestruturação da escola	Currículo semelhante ao anterior	Maturidade dos estudantes
		Resistência à mudança		Motivação dos docentes
	Tensões e dilemas inerentes ao ensino superior	Sobrecarga de trabalho	Diversidade de ensinos clínicos	Défice de formação profissional dos docentes e dos enfermeiros orientadores

De seguida, passamos a apresentar a análise das narrativas dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores pelas várias categorias (quadro 19).

7.2.1 – Factores institucionais[389]

Os factores institucionais que os professores consideram terem criado dificuldades na implementação da reforma educativa relacionam-se com dois aspectos essenciais: (a) a complexidade do contexto de cuidados e (b) as tensões e dilemas inerentes ao ensino superior

(a) *Complexidade do contexto dos cuidados*

A política de saúde nos últimos anos fez Portugal aproximar-se das médias europeias em importantes indicadores de saúde, consequência do processo de desenvolvimento económico e social do país, mas também da eficácia dos sistemas de saúde (Simões, 2004). Na procura de uma saúde mais adaptada às necessidades individuais de cada indivíduo, tende a centrar-se numa abordagem hospitalocêntrica e infinitamente mais comunitariocêntrica, como referem Fronteira *et al* (2008) e a OE (2008). Tal reflecte-se no contexto de cuidados e parece dificultar o ambiente de aprendizagem e a implementação do novo currículo. Esta perspectiva é também corroborada pelos docentes:

> "antes os doentes entravam para fazer diagnósticos e ficavam para fazer análise e exames e não há essa realidade agora, todos os doentes estão em fase aguda ou é a primeira vez que estão doentes ou são doentes crónicos e têm um internamento muito curto com uma realidade muti-cultural e social e muito complexa." (DE1F)

> "as ARS e os centros de saúde estão neste momento em reajuste interno, portanto eles apanharam uma fase de transição que é muito complicada nos centros de saúde, porque passa pela reestruturação do centro de saúde e a reestruturação das áreas, e das chefias, e das gestões. Portanto, é muito, muito complicado. Portanto, há aqui constrangimento que ultrapassam o currículo, a escola e que tem a ver com o contexto." (DE1F)

[389] O termo 'instituição' é utilizado como um estabelecimento de entidade pública estruturado por regras e normas (Dicionário Porto Editora 2003-2014).

Ao enfermeiro não basta deter o título profissional, torna-se imprescindível que prove, na acção e em situação, a sua competência para agir de forma adequada. Esta exigência, num contexto onde se instala uma crescente insegurança e uma maior responsabilização de tomadas de decisões a nível individual (D'Espiney, 2008), parece complexificar-se como local de aprendizagem. Será que a ESEL consegue, através das situação de prática dos cuidados, preparar os seus estudantes para uma tomada de decisão adequada e eficaz (Tanner, 2006)? Esta é uma questão também colocada pelos docentes em contexto de entrevista:

> "os enfermeiros muitas vezes não desenvolvem uma tomada de decisão porque não se questionam sobre as coisas! E não estão, enfim, às vezes os contextos também não ajudam, têm muito trabalho, têm muitos doentes atribuídos, e têm pouco tempo para pensar! Ou seja, as pessoas lá está, ou seja, os momentos que têm de paragem são para essas reuniões de formações, não sei o quê! Só que muitas vezes os momentos não são usados para esta reflexão! Reflexão sobre a própria decisão diária que eles têm de fazer! A toda a hora, os enfermeiros são confrontados com 'ene' tomadas de decisão! Que são da responsabilidade dele! Porque depois também há outras partilhas com outros profissionais, mas há muitas que são da responsabilidade deles! E muitas vezes eu acho que eles não fazem porque pensam pouco sobre a coisa!" (DE7F)

> "Os contextos de prática e de decisão clínica são complexos e multiprofissionais e portanto, é fundamental que ele aprenda a distinguir qual é a perspectiva do enfermeiro e é que ela é diferente e complementar a perspectiva de os outros profissionais e das outras disciplinas. Se ele não for capaz de compreender isso, ele toma decisões na mesma mas toma decisões que não são fundamentadas em teorias de enfermagem, ainda que possam resolver à mesma o problema, não é? Não o resolvem é naquela perspectiva. E quando se fala muito na visibilidade da profissão tem também a ver com isso. Os enfermeiros continuam a tomar decisões, na prática clínica, mas se não a tomarem explicitando uma perspectiva de enfermagem, a visibilidade de enfermagem não emerge embora possa emergir na mesma a importância do enfermeiro e a relevância das suas decisões. Mas podem é ser dirigidas num outro sentido! E então podem ser vistos como bons auxiliares dos médicos porque tomam muitas vezes decisões que são importantes mas que são tomadas numa perspectiva médica e não numa perspectiva de enfermagem." (DE10M)

> "É que a nossa capacidade de decisão vai muito mais além do que o contexto legal pensa que nós temos. Porque o contexto legal focaliza-se muito na área independente e não na área autónoma! Se formos olhar, a área autónoma está ainda muito pouco legalizada, muito pouco e nós ainda não sabemos, não conseguimos aproveitar este buraco do sistema, por assim dizer. E focalizamo-nos muito na prática interdependente, temos muita dificuldade em centrar-nos na nossa própria prática e na interdependente temos dificuldade em tomar decisão." (EO6HF)

Embora a equipa de enfermagem pretenda participar na formação dos estudantes, em contexto clínico, é-lhes requerido que cuide de um número crescente de utentes com problemas complexos e o tempo que eles têm para partilharem e participarem na aprendizagem dos estudantes pode ser limitado (White, 2003). Situação que perante a importância do ensino clínico para a educação da actividade prática (Santos, 2009) parece ser um constrangimento no ensino das competências que se pretendem desenvolver no estudante. Esta visão é partilhada por alguns professores, como se constata pelas narrativas:

> "os modelos de ensino clínico que nós temos, e não foram discutidos, estão muito dependentes do contexto e não há muitas formas de contornar o contexto nem tem vários sítios para escolher." (DE1F)

> "cada vez os contextos têm rácios piores e a tomada de decisão também é aprendida no ensino clínico, e se não é aprendida no ensino clínico sendo que o enfermeiro tem tempo, e faz para isso. Que no início o supervisiona numa apreciação e depois pede-lhe para fazer o raciocínio com ele para ele poder ouvir, poder validar." (DE1F)

> "eu acho que os próprios enfermeiros [orientadores] não têm a noção de que a toda a hora estão a tomar decisões." (DE2F)

Tal parece reflectir-se numa consciencialização de dificuldades de formação dos estudantes, como uma discrepância entre o que se pretende e o que faz. Que diligências têm sido desenvolvidas no sentido de aumentarem a comunicação interinstitucional? Será que os professores e os enfermeiros orientadores se sentem satisfeitos com a comunicação interinstitucional? Estas dificuldades e dúvidas foram manifestadas pelos docentes, espelhando bem a realidade de alguns contextos de aprendizagem:

> "E nós, aquilo que se chama responsabilidade profissional, não a assumimos! Não a assumimos! Quando eu estou a falar, estou a falar como profissão, não estou... Nós estamos enquadrados em organizações e as organizações também têm obrigações, responsabilidades formativas e de orientação e também não dão norte a isto. Depende se o enfermeiro-chefe tem estas preocupações ou não tem! Se não tem, tanto faz como fez! E portanto, o estudante depois aprende por imitação, e portanto, às vezes aprende umas coisas, umas aberrações!" (DE4F)

> "Quando eu digo que não estamos a conseguir, não somos só nós! Somos nós e os contextos de formação em que as pessoas estão (…) Os contextos de formação hoje, os enfermeiros em boa parte deles desenvolvem o seu trabalho com alguma autonomia. O que não significa, por exemplo, o seu trabalho! O que não significa que prestem cuidados de enfermagem autónomos. Organizam o seu trabalho, tem a sua estrutura, contudo, se virmos o, se virmos o cuidado de enfermagem centrado no doente, eu aí começo a ter dúvidas (…) Se tu vires em termos de organização, até podes achar que sim. Mas depois na tomada de decisão sobre a pessoa, mesmo nos sítios onde há grupos, ditos, multiprofissionais e multidisciplinares, muito poucas vezes a tomada de decisão é multiprofissional ou multidisciplinar. É, muitas vezes, um somatório de decisões, não é? Mas que a decisão ultima é sempre do médico! Poucas vezes, a tomada de decisão é assumidamente multiprofissional e quando é isso depende mais dos profissionais de enfermagem, em concreto, do que algo que seja instituído." (DE10M)

Do mesmo modo, que o relacionamento interinstitucional, a organização dos ensinos clínicos e o currículo do curso, facilitam os processos de integração, de apropriação e de socialização à profissão, para além de sustentarem as dinâmicas de supervisão clínica (Rua, 2009), pelo que nos leva a crer que o contexto de cuidados parece ser também um factor de regulação mais do que a própria formação, visão também apresentada em entrevista:

> "Regula, obviamente que é regulador. Portanto, diria que o meu preconceito é o seguinte: no início é difícil ir contra este sistema regulador, porque ou se adapta, até para manutenção dos lugares de trabalho, não é? O mercado de trabalho neste momento também é muito condicionador sobre isso, e portanto, ele tem que se adaptar às regras que lhe estão instituídas, menos formalmente instituídas, que são aquelas regras de que visam a funcionalidade das organizações." (DE5F)

Por outro lado, embora a multidisciplinaridade seja a forma de realizar cuidados centrados na pessoa, alvo dos cuidados (Standing, 2008), tal não significa uma dispersão ou desvalorização das intervenções consideradas do domínio da Enfermagem, como parecem concordar dois professores. Terão estes factores sido facilitadores ou inibidores da identificação do problema, reflexão, tomada de decisão e acção dos estudantes?

> "porque há coisa que me irrita é nos primeiros levantes, quem diz que faz os primeiros levantes é o fisioterapeuta, pronto. E porquê? Porque se calhar o enfermeiro ou não tem conhecimentos ou não quer assumir a responsabilidade, eu acho que também é um bocado isso, o não quer assumir a responsabilidade e os outros que tomem essa responsabilidade." (DE2F)

> "preocupa-me uma outra que é precisamente a redução, eu acho que há redução de áreas de saber do enfermeiro. Isto é muito estranho! Ou seja, por exemplo, antigamente, acho eu, qualquer enfermeiro sabia orientar um doente hipertenso em relação à sua alimentação, e hoje não sabe e não faz." (DE3F)

> São moldados nisto! Tudo quanto eu vejo, não é só com os estudantes, quando nós como utentes vamos aos serviços, os enfermeiros estão completamente ausentes! Portanto, desde as transferências, por exemplo, de um doente que vem da sala de operações. Vai para a cama, não está presente o enfermeiro, são, são…Agora como é que se chama? [assistentes operacionais]. São eles que fazem!" (DE3F)

É expectável que os princípios éticos sejam um dos pilares dos cuidados desenvolvidos em contexto de prática clínica. Contudo, é um dos aspectos questionados por um dos entrevistados:

> "estás a falar com profissionais, que muitas vezes nos seus contextos não têm realmente essa discussão ética, e muitas vezes as coisas ainda são decididas por um ou dois e não pela equipa." (DE7F)

Por outro lado constata-se que alguns contextos de trabalho espelham a existência de alguns modelos de taylorização das intervenções de enfermagem, o que parece emergir no discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros participantes, como uma realidade que desejavam inexistente:

> "um dos docentes traduziu aquilo que alguns chefes disseram que não queriam alunos nossos, que eles não davam resposta rápida. Ele estava a comparar os nossos alunos com os enfermeiros de uma agência, não é? Que agora é o que está aí em uso, que é o trabalho à tarefa, que vão lá e fazem X pensos em X horas." (DE1F)

> "As pessoas do contexto é que sabem e já repetem isso, que a gente ouve cada vez menos, mas ouve alguns enfermeiros a dizer isso, não é? «Deixa lá a teoria porque aqui a prática é que tem interesse» (…) eu fazia ensino clínico anteriormente noutro contexto, em que não vou aqui dizer porque são poucos mas em que as pessoas diziam muito isso, o que interessa era a via prática." (DE1F)

> "Porque depois é o contexto. Que autonomia o contexto permite ao enfermeiro que ele tome as suas próprias decisões? E quando temos serviços, estou-me a lembrar nomeadamente, dos serviços de medicina que são muito reprodutores, são muito rotinizadores. Eles próprios, na sua própria dinâmica, são muito disciplinados. Do ponto de vista da organização hospitalar, é uma organização disciplinada, disciplinar e disciplinativa, do ponto de vista de Foucault. É muito difícil!" (DE5F)

> "É o fazer só! É o fazer só! Eu faço isto que está prescrito, faço isto que está prescrito e não sou capaz de analisar o contexto da situação! Agora em que é que eu acho que a prática tem que ser trabalhada e o contexto é castrador! É castrador porque não permite momentos de reflexão aos enfermeiros! Porque os enfermeiros para fazerem registos tem de parar, têm de ter um local de silêncio de introspecção e de análise! É castrador porque os enfermeiros têm que ter legitimado tempos para reflectir e para discutir as suas práticas! E nós não devíamos precisar de estar a conquistá-los! Eles deviam de ser indiscutivelmente necessários." (EO6HF)

(b) *Tensões e dilemas inerentes ao ensino superior*

A formação em enfermagem, como parte constituinte do ensino superior português, esteve sujeita às directrizes europeias, numa regulação supranacional das políticas educativas (Antunes, 2005a). O projecto «Tuning», uma das estratégias utilizadas para implementar o Processo de Bolonha, serviu de ponto de referência e de convergência na elaboração dos planos de estudo, ao que a ESEL não foi estranha. Esta medida, de determinação das competências necessárias a desenvolver no curso, pareceu resultar como um factor constrangedor, impondo mais do que promovendo. Este aspecto é sentido e foi verbalizado:

> "alguns aspectos esses da filosofia eram diferentes na altura também da mudança do ensino superior, na altura em que decorria o projecto «Tuning» na Europa para definirem as competências, na altura em que a própria Ordem também tinha feito sair as competências dos enfermeiros ainda que eles sejam os do ICN, depois andámos também a ver quais os do ICN, mas são as mesmas competências e na altura também a grande explosão de Bolonha." (DE1F)

> "E as competências foram importante e ter-se discutido e ficou estruturado ficou delineado mas faltou fazer um debate a que nível e quando se desenvolvem as competência. Eu penso que estamos a fazer e a trabalhar as competências, mas quando se dá espaço e estratégias se utiliza para desenvolver mais uma ou outra. Pois os ensinos clínicos são curtos para desenvolverem as competências que se preconizam. Este era um aspecto de Bolonha." (DE1F)

> "também não foi só a decisão dos docentes. É que não era claro. Hoje sabe-se mais em termos da operacionalização do plano de estudo, mas cruzando a legislação que havia sobre, e as normas comunitárias que havia sobre o ensino clínico não ficava claro se isso era considerado ensino clínico e portanto também algum medo de que depois fosse reprovado o plano de estudo nessa base." (DE1F)

Para além da determinação das competências, também a tipologia das horas de formação parece ter suscitado algum inconformismo e incompreensão, aquando do planeamento do novo currículo.

> "ainda não consegui perceber porque é que existe esta obrigatoriedade no plano de estudo ir lá dito que tem que haver seis horas de trabalho de campo, ou quatro horas de prática laboratorial, porque é que não hão-de ser as pessoas a discutir e a dizer, que fique, digamos determinado, que existe que tem que haver uma percentagem, vamos supor, de teóricas e de teórico práticas, sendo que dentro das teórico-práticas, vamos supor, se incluíam as práticas laboratoriais, isso percebo! (…) tivemos a preocupação inerente ao que estava legislado que era cumprir." (DE2F)

A determinação de uma estrutura curricular de acordo com as exigências de Bolonha determinou uma mudança no papel do docente e do estudante. Ao docente foi-lhe exigido que

edificasse a formação em situações problema, num modelo de orientação tutorial e deixando a primazia dos métodos de pedagógicos tradicionais baseados na transmissão de conhecimentos. Ao estudante, requereu-se a responsabilidade de gerir a sua aprendizagem, e o assumir de uma atitude mais activa perante a formação (D'Espiney, 2004). Estas premissas foram bem acolhidas pelos docentes, como nos relatou um dos entrevistados:

> "Bolonha preconiza no currículo o trabalho de estudante e o trabalho por competência e definir-se quais são as competências tem de ter ou que tem de desenvolver ao longo do curso é hoje pacífico pois a Ordem tem alguma coisa estruturada." (DE1F)

> "do que eu entendi Bolonha foi inspirada na experiência dos ingleses que formam poucas horas, mas com muitas horas de teórico praticas e grupos muito pequenos em que o docente está, leva o aluno a reflectir sobre o que aprendeu." (DE1F)

> "já fazíamos o tempo de estudante onde o estudante era-lhe dado tempo para estudar e para pesquisar. Aqui fez todo o sentido e portanto uma coisa que tentamos respeitar foi mesmo as horas de contacto e o tempo de estudante. E para nós fazia sentido que com base nisto também, fosse dado o maior número de aulas teórico-práticas, práticas laboratoriais, tutorias, nas unidades curriculares." (DE1F)

No entanto, poder-se-ão colocar outras questões. Terão os professores de enfermagem medo de perder a sua autonomia perante a centralidade do ensino no estudante? Sentir-se-ão desvalorizados no reconhecimento do seu trabalho enquanto docentes?

> "para nós fez muito sentido Bolonha, a autonomia, dar tempo ao estudante para ele aprender sem ser com o professor!" (DE1F)

> "De qualquer forma as metodologias, isto agora até cruzando um bocadinho com Bolonha, porque Bolonha acabou por ser um precipitador de tudo isto e que oficialmente nós temos que centrar a formação no estudante, não é?" (DE3F)

> "o trabalho autónomo do estudante ser utilizado com um instrumento ou como um meio, uma estratégia de desenvolver esta mesma autonomia." (DE5F)

A integração do ensino de enfermagem, no ensino superior ao nível do ensino superior politécnico, parece resultar numa crítica ao desenvolvimento da investigação em enfermagem, e ao desenvolvimento da Enfermagem, enquanto ciência. Como vão os professores interligar a educação, a prática e a investigação (Amendoeira, 2006a), como base estruturante da formação em enfermagem? Sobre esta temática, um dos docentes deu-nos a sua perspectiva:

> "Não sei se faziam monografias dantes, se não. Agora, pelo menos, a tendência é para deixar de fazer porque a maior parte das universidades e das faculdades só fazem investigação nos mestrados. Eu por acaso ai acho que a enfermagem tem estado a andar um bocadinho para trás, na investigação." (DE2F)

Por um lado, a cooperação interinstitucional, valorizada como uma estratégia facilitadora de mudanças na formação em enfermagem, parece surgir com alguns aspectos a requerer atenção e melhoramentos. A comunicação e a partilha, entre os vários actores

responsáveis pela formação dos estudantes, aparentam ter dificuldades que constrangem a implementação de mudanças na adequação aos contextos de cuidados. Esta reflexão interroga-nos sobre quais as razões que impossibilitaram a troca de experiências e partilha de saberes interinstitucionais de enfermagem?

Por outro lado, o Processo de Bolonha, ao decretar a regulação do ensino, impôs regras que nem sempre parecem ter sido facilitadoras de mudança. As reformas educativas, ao introduzirem situações de desafio cognitivo aos professores, necessitam de um tempo necessário para instalar as inovações que são preconizadas e para refazer a identidade dos docentes que têm que as implementar (Fernandes, 2000b; Nóvoa, 2009). Terão os docentes reflectido sobre o novo papel do professor do ensino superior? Que importância atribuíram os docentes ao Processo de Bolonha?

7.2.2 – Factores organizacionais[390]

Os factores organizacionais que os docentes pressupõem estarem na origem de algumas dificuldades na implementação da reforma educativa estão ligados: (a) à reestruturação da escola, (b) à resistência à mudança, e (c) à sobrecarga de trabalho.

(a) Reestruturação da escola

O espaço da escola funciona como uma estrutura de enquadramento para as actividades que se desenvolvem no seu seio e traduzem as relações de poder e as hierarquias que existem numa organização (Fernandes, 2000a). Um dos efeitos que as políticas de educação provocaram nos últimos anos, veio de encontro a esta estrutura com fusão e restruturação de várias escolas. Estas medidas de racionalização do ensino superior público, numa lógica de rentabilização de esforços e bens (RJIES, 2007, art. 54º), foram sentidas também no ensino de enfermagem. Neste contexto, surge a ESEL, como resultado de fusão de quatro escolas superiores de enfermagem com longas experiências de ensino e identidades próprias marcadas[391]. Iniciar outro percurso identitário parece ter sido uma variável que, além de mudança, trouxe também alguma barreira na concretização desta reforma educativa, como sugere o discurso de dois docentes:

> "O curso surgiu, como sabes, num contexto muito «sui génesis», foi a fusão da escola, portanto quatro, não sei se quatro filosofias distintas, acho que não mas pelo menos alguns aspectos diferentes (…) Tudo isto numa altura inicial, portanto que nada estava ainda determinado, nada estava pensado e operacionalizado e portanto quando o grupo começou,

[390] Como organização consideramos um organismo com uma relação de coordenação e coerência entre os diversos elementos que formam um todo (Dicionário Porto Editora 2003-2014).
[391] Ver subcapítulo 6 deste trabalho: 'A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (pág. 212).

> que representava as quatro escolas, dois docentes por cada escola, houve uma grande discussão sobre o rumo deste currículo." (DE1F)

> "foi um esforço convencer quatro escolas a fazer um currículo junto e único. E também não tínhamos nenhum quadro conceptual, quer em termos de enfermagem, quer mais em termos de educação, da escola. Portanto, nós tivemos a fazer o currículo assim um bocado sem rede." (DE2F)

Uniformizar parece como um dos conceitos a ser defendidos para uma organização como a escola. Será que nesse ensejo de harmonização não estará uma imposição velada de uma certa rigidez? Esta preocupação foi-nos referida desta forma:

> "sinto que é difícil, às vezes até harmonizar todo o nosso pensamento, entre nós docentes e isso claro que depois faz que o que transmitimos aos estudantes, também demonstra essa disparidade de conceitos entre nós, disparidade daquilo que nós achamos que um estudante do segundo ano nesta fase do percurso do curso de licenciatura precisa de desenvolver, nomeadamente, no âmbito da tomada de decisão." (DE7F)

Dificuldades no grupo conceptor provocaram morosidade do processo de elaboração do novo currículo o que parece ter adiado a implementação da reforma educativa pretendida. Esta perspectiva foi-nos revelada por alguns docentes:

> "as outras dificuldades foram de facto o acordo de entre a comissão que teve constrangimentos enormes e, tivemos, a comissão teve também constrangimento porque houve várias pessoas adoeceram gravemente e alguns que e portanto um grupo onde a continuidade foi assegurada por 3 ou 4 pessoas e foram entrando e saindo por vários constrangimentos." (DE1F)

> "a elaboração de planos de estudo durou vários anos, com entradas e saídas de pessoas, com linhas de pensamento muito diversos e que foi muito difícil de conjugar." (DE3F)

> "nós tivemos não sei quantos anos a preparar a fusão, a preparar a que nível? Daquilo que eu percebi só foi preparada ao nível de gestão. Foi só gestão, de recursos, de meio de instalações disto, daquilo e não houve vontade, a meu ver, de fazer inovação." (DE3F)

A inexistência de referenciais pela recente restruturação da escola, parece ter gerado algum entrave na assumpção da reforma curricular, como se houvesse outros assuntos prioritários a serem decididos e interiorizados pela equipa docente. Será que os docentes se sentiram identificados com a 'nova' escola? Terá o novo currículo sido planeado na altura adequada perante a breve existência da ESEL? Os depoimentos de alguns professores espelham estes constrangimentos:

> "Acho que ainda precisamos de um bocadinho mais de controlo. Não é de controlo, acho que precisamos de um bocadinho mais de condições estruturais da própria organização e sentimo-nos mais confortáveis, nesta organização que é muito nova para fazer isso." (DE5F)

> "Tudo isto tem sido um enorme 'salsifré'! Porque nada disto está, não há regras para nada! (…) Mas que casa é esta? Tem de haver regras e as pessoas tem de as cumprir! Por muito que isso lhes custe! (…) Há pessoas aqui que acham que só tem de fazer o que querem!" (DE10M)

> "a Escola ainda não pensou sequer no enfermeiro que quer formar! A Escola construiu um plano de estudo onde escreveu meia dizia de banalidades que em boa verdade, dizem tudo e

> não dizem nada a partir dos planos de estudos já existentes, organizou um plano de estudo em que procurou misturar (…) porque tem lógicas de alguns planos de estudo existentes que depois casam muito mal com outras lógicas." (DE10M).

> "isto vem a propósito de dizermos que a nossa escola tem que entrar numa fase que é a fase que se passa nos processos de acreditação. Que é escrever as coisas (…) A gente tem de regulamentar, tem de dizer como é que se faz!" (DE10M).

No entanto, outro docente parece ter uma perspectiva contrária ao referir que deve ser o próprio currículo, uma referência da restruturação da escola, e a traduzir uma identidade de todos os que pertencem à recente ESEL:

> "há aqui o papel, neste caso do coordenador de ciclo que é perceber o que está sendo feito, como é que se põem baias no sentido de não, de algumas das coisas que aprendemos neste dois anos, com a implementação de Bolonha, são menos mal feitas. Não digo que para serem bem-feitas, que sejam menos mal feitas e para isso, claro, temos que nos aliar àqueles que estão mais de acordo com o nosso pensamento e ir fazendo, ir fazendo. É um processo de ir fazendo. Portanto, aquela questão do nosso estudo, a cultura da Escola há-de ser qualquer coisa que há-de começar a sentir-se provavelmente daqui a dez anos. Se começar a sentir-se já será bom. Agora, há balizas que temos que colocar. E essas balizas competem ao plano de estudos, ao regente, aos coordenadores de ano. Ao grupo, construir o plano de estudos, para se semear para pôr baias." (DE4F)

Também surgem algumas referências no discurso a alguma estabilidade que se crê concretizável a curto prazo e de um esforço para que isso aconteça:

> "continuo a não ter condições para fazer uma prova prática aos tais trezentos e não sei quantos estudantes, mas para fazer avaliação continua ao longo das várias aulas, penso que terei mais condições no próximo ano, porque as coisas estão a ser remontadas." (DE8F)

Outro aspecto relevante parece surgir em forma desafio perante as dificuldades de ordem física e de métodos de trabalho, como expõe um enfermeiro orientador com acumulação de funções de docente na ESEL:

> "este último ano que para mim foi particularmente diferente, repara nós estávamos num modelo pólo em que cada um tinha o seu pólo, tínhamos modelos de trabalho, os próprios estudantes vivenciavam aquele modelo desde o início, e eu este ano não me aconteceu isso. Este ano tive estudantes que estiveram em pólos diferentes, com realidades, com professores com modelos diferentes e portanto, para mim também foi à partida, uma insegurança, um desafio e uma oportunidade." (EO6HF)

O modo como o plano de estudo foi discutido dificultou a mudança. A existência de plenários com grande número de docentes, parece ter trazido mais prejuízos que benefícios num momento em que era necessário uma participação de todos docentes nas discussões sobre a construção da nova escola, como nos foi revelado pelos seguintes relatos:

> "os restantes têm a haver com os plenários de discussão e as decisões, ou por falta de tempo de reflexão e discussão em pequeno grupo. Não vigaram muitas das decisões." (DE1F)

> "Mas lembra-se como é que foi como é que foram discutidos? O currículo só foi em assembleia de cento e cinquenta e não sei quantas pessoas. Assim não! Não há capacidade de negociação, até mesmo de expor quais eram as ideias que orientavam o currículo." (DE3F)

(b) Resistência à mudança

A escola, como sistema muito burocratizado, tende a proteger-se da reforma e a fugir das iniciativas que lhe são propostas, mantendo hábitos que nada têm de inovador, para assim manter a estabilidade da sua cultura organizacional (Fernandes, 2000b). Esta análise é partilhada também por docentes, referindo-o do seguinte modo:

> "houve uma coisa que esteve presente nas discussões iniciais, ainda que não houvesse um acordo, houve logo discussão, nem todos pensavam da mesma maneira mas pelo menos alguns de nós pensávamos que era muito importante aproveitar a oportunidade para fazer aquilo que considerávamos que era alguma ruptura. Pensando exactamente em trabalhar a tomada de decisão, julgamento clínico, a integração das unidades curriculares, outros saberes que contribuem também para a aprender a tomada de decisão e portanto, vínhamos com algumas ideias muito claras que não foram depois avante quando chegou à fase de discussão com os docentes." (DE1F)

> "Porque o que ainda hoje se vê, este ano, é que há espaços onde você não entra! As pessoas não querem abdicar de se abrir, de criar rupturas, de experimentar. As pessoas não querem mudar! A mudança é anti-natural porque a pessoa gosta é da estabilidade! São poucos os que gostam da mudança, gostam de experimentar, de inovar!" (DE4F)

Por outro lado, a escola, enquanto organismo social publico, parece ter gerado algumas expectativas sobre o seu papel e funções, nomeadamente os que estão relacionados com a garantia de sucesso (Fernandes, 2000b), visão também apresentada por um docente:

> "eu acho que há nos docentes, como em qualquer outra situação, quem seja saudosista, quem ache que ele tem que sair muito competente, muito, muito competente, não é competente, leia-se às vezes é ser capaz de dar o mesmo tipo de resposta que o enfermeiro." (DE1F)

A resistência à mudança parece ter-se iniciado nos próprios elementos do grupo responsável pela elaboração do novo currículo, criando barreiras ao desenvolvimento de alterações, como referem os três professores que acompanharam todo o seu processo de criação. Será que os docentes não reconheciam a necessidade de um novo currículo para fazer face às necessidades e problemas detectados e aos resultados que esperavam obter?

> "Uma primeira decisão difícil de tomar era se o currículo no contexto em que se vivia podia ser uma ruptura. E não sendo claro nada nem projecto de escola, e a operacionalização de Bolonha, não estava operacionalizada, a houve algum receio do grupo e posso dizer que tivemos medo da ruptura." (DE1F)

> "Porque isto ainda começou com as escolas separadas. Portanto, a nossa preocupação era realmente fazer qualquer tipo, não digo que fosse reuniões, enviar para as pessoas, haver muito diálogo entre o grupo conceptor e os docentes e isso foi logo muito cortado à partida no grupo conceptor." (DE2F)

> "nessas reuniões aquilo que se dizia era mais o que devia, o que era feito e foi pouco debatido o que é que as pessoas, o que é que as pessoas pensavam sobre o que devia ser feito e portanto não se retirou as ideias prévias (…) mas é assim: se eu se quero mudar alguma coisa não é por acrescentar informação que eu mudo! Tenho é sobretudo que fazer uma certa apreciação daquilo que a pessoa está habituada a fazer e desmontar! Como isso não foi feito, não dizer o que se vai fazer, não serve de nada!" (DE3F)

Para além de alguma resistência à implementação de reformas no seio do próprio grupo, também a ESEL, enquanto organização, parece ter dificultado a sua concretização, como sugere um dos professores. Terão os professores sido preparados para a restruturação da nova escola? Será que os docentes se conseguiram libertar de uma identidade profissional que detinham e estarem disponíveis para a construção de uma escola comum?

> "Penso que a primeira, pelo menos para algumas de nós, pensávamos que seria possível fazer uma mudança e depois fomos orientados para não introduzirmos as mudanças. Já que se estava a constituir a Escola aquilo que era importante era não trazer mais problemas e que não houvesse portanto um corte muito grande com aquilo que as pessoas todas estavam habituadas a fazer (…) claro que segue muito certo os planos de estudo já existentes, não há propriamente uma grande mudança." (DE3F)

Estudos têm demonstrado que a relação entre a participação dos professores no processo decisional[392] está positivamente associada a atitudes de satisfação e empenhamento nos objectivos. Quando as decisões não são partilhadas, as mudanças ocorrem com morosidade (Fernandes, 2000b), opinião concordante por parte de um professor, que refere:

> "começámos a fazer um raciocínio, um trabalho, um trabalho parcelar, onde não é possível começarmos a fazer algumas pequenas coisas para que esta cultura Escola comece, sabendo nós que cada um continua a fazer as suas coisas e quando mesmo que finge que aceita, quando tem poder para não fazer, não faz mesmo." (DE4F)

Parece emergir um certo dilema sobre as concepções do ensino baseado numa ambivalência entre o discurso educativo e a acção quotidiana, como nos foi referido:

> "não digo que em momentos de operacionalização não emerge em cada um de nós, esta preocupação pelo saber-fazer." (DE1F)

O 'ver' o estudante como um fiel depositário da Educação, numa perspectiva de educação bancária (Freire, 1972), parece ser ainda uma realidade sentida em alguns docentes e que consequentemente dificulta a implementação da mudança para uma aprendizagem centrada no estudante (Bevis & Watson, 2005; Garanhni *et al*, 2012), como também é percepcionado pelo seguinte entrevistado:

> "nós ainda temos colegas que acham que este estudante há muita coisa que não pode fazer ou que não consegue fazer." (DE7F)

Esta visão do estudante como um ser passivo, parece também dificultar a utilização de métodos pedagógicos centrados no estudante e no reconhecimento de autonomia para gerir a sua aprendizagem, como foi verbalizado:

> "Introduzir aqui foi tudo muito complicado porque a maior parte dos docentes não concordava com a introdução do projecto de aprendizagem!" (DE7F)

[392] A pós-modernidade caracteriza-se por mudanças relevantes nos processos de decisão, sendo frequente as solicitações à participação do docente nas tomadas de decisão, estejam elas relacionadas com o currículo ou com a escola enquanto organização (Fernandes, 2000b).

Um professor apresenta a sua concepção sobre a mudança curricular recorrendo a vários tempos de verbo (gerúndio e presente). Será que a sugestão para as estratégias a desenvolver no seio da organização 'Escola' pressupõe alguma crítica ao que é realizado na ESEL?

> "Evoluindo! Para, pelo menos, contaminar entre aspas, no bom sentido, alguns. Porque há outros que não se deixam contaminar! Pelo menos, para já! Portanto, também não vale a pena andarmos aqui em guerras!" (DE4F)

(c) Sobrecarga de trabalho

A reestruturação do currículo parece ter intensificado o trabalho docente aos elementos do grupo conceptor pois não foi restringido a sua participação nas actividades lectivas que detinham. Como pretende a ESEL desenvolver a reflexividade dos seus estudantes se não a promove no seu corpo docente? Um dos docentes manifestou esta preocupação dizendo:

> "foram estes os constrangimento. E nós próprios estávamos a assegurar o ensino clínico, a assegurar as aulas que tínhamos e para reunirmos para fazer este trabalho, com sobrecarga." (DE1F)

> "Depois na discussão pareceu-me que essa ruptura nunca passaria as pessoas estavam com os cursos anteriores e com muito trabalho. Algumas mais informadas, outras menos, em relação a Bolonha e connosco havia um tempo para parar e reflectir um pouco a leitura que se fazia era o que se apresentava era a defesa dos seus próprios planos de estudo. Pensávamos que estávamos a dizer a mesma coisa, mas muitas vezes estávamos a dizer coisas muito diferentes. E portanto a essa foi a primeira dificuldade que tivemos." (DE1F)

> "Foi muito cansativo porque também quando o estudante tem que trabalhar ele às vezes não sabe aonde está o essencial e tem de ser mais direccionado." (DE1F)

Na assumpção de mudança de identidade, quatro escolas superiores de enfermagem ao responderem ao mandato político de estruturação do ensino superior, vêm-se obrigadas a gerir recursos em conjunto e a procurar sinergias para maximizar o seu desempenho funcional (Sousa Santos, 2008) como escola única: a ESEL. Será que os professores tinham expectativas diferentes sobre o papel da ESEL na concretização da reforma educativa? Que mudanças de hábitos e de rotinas dos padrões organizacionais foram preconizadas pela Escola? Será que os docentes reconheceram e atribuíram importância às mudanças sugeridas? Terão as mudanças sido valorizadas no contexto organizacional da escola?

7.2.3 – Factores curriculares

A dificuldade na implementação da reforma educativa esteve também relacionada com o currículo do curso de licenciatura. Os constrangimentos curriculares focados com mais

frequência foram: (a) o currículo semelhante ao anterior e (b) a diversidade de ensinos clínicos.

(a) Currículo semelhante ao anterior

A concepção de currículo parece emergir numa abordagem estática, que não pode ser alterada em nome da estabilidade (Fernandes, 2000b). Terão os docentes reflectido sobre o currículo como forma de aproximar o percurso da escola ao percurso da prática dos cuidados? Que finalidades educativas pretende a ESEL atingir? Apresentamos seguidamente a visão de alguns docentes:

> "Não chegamos a este ponto na discussão neste grupo porque no momento em que se assume que não há uma grande ruptura depois isto era uma grande ruptura, não é? Porque passa pela integração da Enfermagem, do ensino clínico da Enfermagem e no momento que isso não passa, não há volta a dar-lhe." (DE1F)

> "Para se começar a discutir, porque com este actual plano de estudos eu acho que se fazem remendos pontuais." (DE4F)

> "enquanto a Escola andar a dar estes tiros nos pés, não é? Tu não vais a lado nenhum! Nem vais exigir! Porque tem que ser em primeiro lugar a assumir um outro modelo." (DE10M)

Parece estar presente, neste currículo, a persistência de algumas características do anterior paradigma da racionalidade instrumental (Fernandes, 2000b), como expõem dois professores:

> "Diz-se que agora temos competências, centrar nas competências, quais? Como? Onde? Como é que se avaliam? Não vejo mudança nenhuma, pois não? Não vejo! Acho que ainda estamos num processo muito mecanicista. Numa formação muito mecanicista." (DE3F)

> "a nossa actual organização curricular, que é a mesma de há quarenta anos, não ajuda o estudante a ir tendo experiências, quer em termos teóricos, quer em campo, que lhe permitam ir evoluindo." (DE4F)

Uma abordagem por competências exige uma mudança do papel do docente, não tão centrado na detenção de saber, e no reconhecimento do estudante como elemento fundamental na sua formação, numa perspectiva activa. Será que a dificuldade em definir quais as competências que serviam de suporte ao currículo não está relacionada com uma reconstrução de identidade do docente de enfermagem? Terão os professores receio de deixarem de ser reconhecidos pelo seu saber? Será que os docentes conseguem ver os estudantes como parceiros efectivos no processo de formação? Dois docentes manifestaram-no assim:

> "porque eu desde o princípio fiquei espantada: se há competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros porque é que uma pessoa anda aqui a matar a cabeça a definir competências? E quer queiras, quer não, andámos pelo menos dois anos à roda do raio das competências, isto depois do raio das competências. Até pedimos ajuda ali a umas das Ciências da Educação (…) nós chegámos ao fim desses dois anos e resolvemos nem sequer definir competências! Como tu sabes, lá no plano de estudos (…) o que lá está definido é sei lá! É autonomia, é isto, é aquilo. Quer dizer, aquilo não é propriamente competências!" (DE2F)

> "Não há quem aguente isto porque há uma incapacidade de seleccionar os aspectos fundamentais! Não estão, não estão definidas as competências. Nas unidades curriculares não estão! E não há uma coerência e um aprofundamento, digamos das capacidades para terminarem nas grandes competências depois no final do curso, não estão planeadas em anos, não há, não há!" (DE3F)

O currículo especializado (Fernandes, 2000b) é sinónimo de uma estrutura curricular de matriz disciplinar e responsável pela parcelização do saber. Tanner (2007) refere que os docentes de enfermagem aprenderam a ser enfermeiros através de currículos muito estruturados, carregados de conteúdos. Razão pela qual, os docentes sentem uma enorme pressão perante os estudantes em abranger os conteúdos, como nos referiram:

> "E houve esta ideia de desenhar o plano de estudo em que se pensasse primeiro nos estágios, mas não! Foi primeiro o ano o que se dá, o segundo ano o que se dá, o terceiro ano o que é que se dá (…) foi um bocado seguir o modelo tradicional que é fazer a médico-cirúrgica, chamemos, o adulto-idoso, vá se quiseres, ter que haver as criancinhas, as mães, as 'tantans' e pronto! Ah, e a comunitária!" (DE2F)

> "Uma coisa essencial é quais é que são as disciplinas nucleares e nunca conseguimos chegar a isso! Da mesma maneira que numa unidade curricular é muito complicado chegar à conclusão porque é que essencial para, o que é que o estudante pode estudar por si. Como é que é? Levamos aquilo que ele tem de procurar em mais sítios para lhe facilitar o trabalho porque ele teve pouco tempo para estudar." (DE2F)

(b) Diversidade de ensinos clínicos

O ensino clínico é assumido como um espaço essencial de aprendizagem que proporciona aos estudantes meios e situações formativas que lhes possibilitam a integração de diversos saberes e competências (Mestrinho, 2012). O planeamento do ensino clínico, de acordo com a complexidade das situações que se pretendem enriquecedoras de aprendizagens, adquire por esse motivo, um grande impacto no desenvolvimento curricular. No entanto, parece que nem sempre se tem atingido o resultado pretendido, como referem dois docentes:

> "O que nós não discutimos e eu tenho muita pena, nós não discutimos os modelos de ensino clínico e isto é importante para a tomada de decisão." (DE1F)

> "sobretudo a nível dos estágios acho que as coisas estão muito mal planeadas, muito mal." (DE3F)

A diversidade de locais de ensino clínico como sinónimo de variedade de situações clínicas e, por consequência, de uma aprendizagem enriquecida parece ser contestado por um professor. Tal vai de encontro ao que White (2003) salienta quanto à rotatividade de situações clínicas e à dificuldade de compreensão dos estudantes sobre o contexto clínico.

> "não este entrar e sair em campo que nunca sai do estádio de principiante e, como vimos nas suas entrevistas, nunca saem da etapa das normas, das rotinas, daquilo que é habitual fazer-se. E eles aprendem isso, e muitos não saem disso!" (DE4F)

Mas esta multiplicidade de contextos para aprendizagem clínica parece ser defendida também pelos enfermeiros orientadores na mesma lógica de fornecer ao estudante o máximo

de experiências diferentes e potencializar, dessa forma, a sua aprendizagem. Será que os docentes e os enfermeiros orientadores estão atentos ao conforto e à autoconfiança do estudante, ao expô-lo a várias experiências de cuidados? Um dos entrevistados tem a opinião:

> "pensam que o estudante tem que ter muita diversidade. E tem que ter diversidade de procedimentos, de situações, de pessoas, mas ele tem o curso todo para as viver! Ele não tem só aquele estágio! E muitas vezes os orientadores esquecem-se que o estudante, nomeadamente no segundo ano, vai ter pela frente muitas outras experiências!" (DE4F)

Sendo o ensino clínico um momento privilegiado da aprendizagem, qual a importância que os docentes atribuem à tomada de decisão do estudante? Terão os docentes a noção de como o estudante aprende a tomar decisões no processo de cuidados?

A escola, com autonomia curricular, deverá identificar-se por uma cultura própria onde se reconheça a diferenciação curricular e por mudanças significativas ao nível da metodologia e da planificação das actividades lectivas (Pacheco, 1996). O currículo por competências na ESEL, se foi planeado como modelo a desenvolver, tal não parece ter sido concretizado, como alguns professores criticamente referem. Será que os professores de enfermagem atribuem de facto tanta importância a um currículo por competências? Se atribuem, sentem-se satisfeitos com a capacidade de resposta do currículo do curso de licenciatura em enfermagem? Se não se sentem satisfeitos, têm feito as diligências necessárias no sentido de as aumentarem?

7.2.4 – Factores pessoais

Certos factores pessoais parecem ter estado na origem de algumas dificuldades na implementação da reforma educativa. Eles surgem ligados: (a) à maturidade dos estudantes, (b) à motivação da equipa docente, e (c) ao défice de formação profissional dos docentes e dos enfermeiros orientadores.

(a) Maturidade dos estudantes

Embora os estudantes de enfermagem sejam considerados maturos[393] (Bevis & Watson, 2005; Garret, 2005), os efeitos das experiências clínicas permanecem obscuras na sua aprendizagem. Mudanças no comportamento de adultos, especificamente sobre a tomada de decisão, são difíceis de avaliar como sugerem alguns docentes.

> "quando se atingir a sua própria maturidade profissional e algum à-vontade para poder exercer, de facto, quando eu estou a falar de autonomia, autonomia na tomada de decisões difíceis. E tomada de decisões que impliquem defesa, o tal papel de advogado do doente e que possa ir contra coisas já estabelecidas." (DE5F)

[393] Seres independentes, autodirigidos e auto motivados, bem como formandos ao longo da vida, com uma visão crítica da realidade e com uma confiança no uso da investigação para aprender (Bevis & Watson, 2005).

> "As pessoas continuam a pensar como pessoas e não vivem, e não têm uma experiência vivida já a crescer dentro deles enquanto pessoas no exercício profissional em enfermagem." (DE6F)

> "acho que nós estamos na faculdade a querer avançar para um ponto e isso será um ponto comum a todas as faculdades, mas acho que as dificuldades que encontramos vêem do ensino de base que não promove a tomada de decisão. Não promove a ajuda na resolução de problemas e, isso tu consegues ver até a nível da vida dos jovens hoje em dia. Os jovens hoje em dia têm dificuldades em tomar decisões na sua vida pessoal. E portanto, quando avançam para uma vida profissional também não estão preparados nesse sentido. Estão muito habituados a ter uma almofada! Estão muito habituados a ter quem decida por eles, estão muito habituados a fazer! Agora questionarem-se o porquê de se fazer, escolher as opções de optarem, para eles é difícil. Hoje em dia os jovens têm dificuldades em optar." (EO6HF)

O nível de maturidade dos estudantes influencia a interacção entre o professor e o estudante. Esta leva à necessidade de recorrer a diferentes métodos de ensino para uma adequação da aprendizagem (Bevis & Watson, 2005), como também foi referido por dois docentes:

> "É claro que tudo isto, conforme o nível de desenvolvimento do estudante tem que ser mais complexificado ou mais simplificado." (DE4F)

> "no primeiro ano eu penso que aquilo é um mundo. Eles estão mais preocupados com outras coisas, não tanto com aquilo que está para ali a acontecer." (DE5F)

O estádio de desenvolvimento e de autoconfiança que o estudante sente é muito importante para a sua aprendizagem. Só quando o estudante se sente confiante consegue descentrar-se de si e olhar para o outro, a pessoa alvo dos cuidados, e personalizar os cuidados que presta (Baxter & Boblin, 2008). Alguns docentes concordam e partilham desta opinião quando nos referem:

> "Sabes que eles também às vezes em termos de tomada de decisão nos ensinos clínicos sentem-se um bocado limitados pela sua situação de estudante." (DE2F)

> "Muitas vezes não nos permite ainda, não tem a capacidade de olharem para o outro, para além de si próprios, e provavelmente em diferentes momentos de aprendizagem uns estão mais preocupados consigo próprio, como é que vão ultrapassar os obstáculos, não tanto com o outro, e o outro é o seu objecto." (DE5F)

> "E há ali pessoas que se percebe que não se consegue cativar e trazer para esta preocupação, ou porque realmente são jovens. Não vêm como é que isto pode ter utilidade para eles, estou eu a imaginar. Ou pelo menos, a nível do primeiro ano." (DE5F)

A aprendizagem, a nível do raciocínio abstracto, pela inexperiência dos estudantes em situações clínicas parece ser um elemento dificultador da implementação das mudanças pretendidas, como nos dá a perceber, pela sua experiência enquanto docente:

> "às vezes, é difícil falar para os alunos do primeiro ano (…) Estou com o primeiro, e o primeiro não tem ainda conhecimentos nenhuns, ainda não teve nenhuma experiência na área da saúde, não tem a realidade, não sabe o que é a realidade hospitalar, e os meus exemplos vão para a realidade hospitalar, é aquela que eu conheço melhor (…) é aquilo que eu posso falar sobre isso e eles não têm ainda este domínio. E portanto é falar de coisas

> muito, um bocadinho mais no abstracto e que eles têm alguma dificuldade em, de facto, em compreender." (DE5F)

Sendo a tomada de decisão a pedra angular dos cuidados de enfermagem de qualidade (Campos & Graveto, 2009; Garret, 2005; Jesus, 2004; Lasater, 2007; Marquis & Huston, 2012; Neves, 2004; Nunes, 2006; Park, 2012; Pongmarutai, 2010; Ribeiro, 2011; Standing, 2010; Tanner, 2006; Thompson, 1999; Thompson & Dowding, 2009; Thompson & Staply, 2011), o nível de maturidade dos estudantes parece estar relacionado com a forma como tomam decisões. Terão os docentes utilizado metodologias de ensino que promovam a maturidade dos estudantes? Será que os estudantes conseguem compreender a importância da tomada de decisão na promoção dos cuidados de enfermagem de qualidade? Estas são questões para as quais o docente procura uma justificação:

> "Acho que os nossos estudantes, sobretudo, e estou a falar agora de estudantes do primeiro ano, com quem estou mais próxima no momento, não se conseguem aperceber, só mais tarde se aperceberão da importância deste tópico, da importância da tomada de decisão para a sua vida profissional e da omnipresença, digamos, da tomada de decisão na sua vida profissional." (DE8F)

> "Eles vêm muito pequenos, vêm verdinhos do ensino secundário e se calhar um dos grandes tombos que eles sentem, (…) Tudo aquilo era muito complicado, parece-me a mim porque eles são confrontados com um mundo novo no qual eles não sabem decidir, nem sequer como usar o seu tempo." (DE8F)

> "Explicitámos alguns focos de decisão que eles tinham de tomar, eu acho que eles, na sua imaturidade, ao entrar no ensino superior, às vezes nem se apercebem que estão a fazer decisões (…) Portanto, são questões que têm por base coisas que, penso que simples, podem-nos parecer muito simples, mas para um estudante iniciado no ensino superior, ele pode nem se aperceber que aquilo depende da decisão dele, e só dele, muitas das vezes." (DE8F)

A dificuldade da tomada de decisão dos estudantes, segundo a perspectiva de uma enfermeiro orientador, assenta na identidade dos jovens actuais. Existe um défice de tomada de decisão aos vários níveis, sociais, familiares e escolares que não promovem a aquisição das competências de tomada de decisão de uma forma geral, tornando-se mais difícil a sua aquisição em contexto de prática de cuidados.

> "os estudantes não vêm habituados, os jovens hoje e dia não são habituados, nem em casa nem no ensino secundário, a tomar, à técnica de resolução de problemas! Eles são feitos para ir para casa enfiar na cabeça não sei quantas páginas de um livro e despejar e despejar num, num, num (…) Num teste! E portanto, eles deixaram de ser como pessoas e como cidadãos, está a perder-se. Isso vê-se a nível do contexto político ou social do país, a nossa capacidade de intervenção diminuiu e não é por acaso! Para mim, passa por tudo isso! Essas são as preocupações maiores, na tomada de decisão. Acho que sim!" (EO6HF)

> "Os estudantes chegam à prática e não conseguem. Eu peço, estudantes e profissionais, tem muita dificuldade. Por exemplo, esta situação: «Têm um doente tal, então resolva-me a situação. Apresente-me a situação!». E eles não são capazes!" (EO6HF)

(b) Motivação dos docentes

Um modelo curricular descentralizado e flexível pressupõe um currículo mais dependente das competências cognitivas do professor, de quem se espera maior autonomia, compromisso e intervenção, além da capacidade e vontade de inovação (Fernandes, 2000b). A mudança deve ser desejada, porque se for forçada incorre em atitudes e comportamentos contraditórios (Waldow, 2005). Se os docentes se sentem desmotivados como conseguem motivar os estudantes a aprender a cuidar (Alfaro-LeFevre, 2013; Waldow, 2009b)? O discurso de dois docentes parece revelar alguma discordância e desmotivação pelo novo desenho curricular:

> "Se me pergunta se eu estou satisfeita, não estou! Eu sou muito difícil de contentar! Também tenho esse problema. Nunca estou satisfeita, acho que se pode sempre fazer-se muito mais, acho que se fosse agora fazia outras coisas, fazia diferente." (DE3F)

> "Eu estou desanimada. Eu sou assim, mas nunca desisto! Isto é mais o discurso que depois a acção! Que eu não desisto!" (DE3F)

> "A falta de investimento dos docentes, que todos se esforçam por ensinar este raciocínio, mas é a inconsciência do processo de aprendizagem!" (DE4F)

No entanto, parece haver professores motivados com o novo currículo e envolvidos na procura de resolução dos problemas encontrados.

> "aquilo que se procura não é aquilo que é usado digamos assim, em algumas não estou dizer que seja em todas, também há professores que desenvolvem de outra maneira, que é a procura da boa solução!" (DE3F)

(c) Défice de formação profissional

DOCENTES

Corroborando a opinião de Perrenoud (1999) e de Fernandes (2000b), nenhuma mudança pode ser realizada sem a participação do professor. A exigência de uma prática reflexiva (Schon, 1994) que consiga incutir inovações junto dos seus pares e dos estudantes, não surge de repente como por artes de magia. "Ninguém diz que basta formar os professores para mudar as práticas, mas a formação parece ser um meio privilegiado de acção" (Perrenoud, 1993, p. 93)[394]. Parece emergir a necessidade de aprofundar conhecimentos e de actualização dos professores para trabalharem dentro da sua própria realidade (Waldow, 2005). Esta constatação parece ser consensual, sendo apontada por vários docentes:

> "o grupo pediu à comissão de fusão da Escola que paralelamente se fosse fazendo formação sobre estrutura curricular, sobre Bolonha e também sobre metodologias, porque havia alguns de nós inclusivamente eu que partimos para este grupo a pensar que alguma coisa do género de até tínhamos formação há pouco tempo e outras pessoas do grupo e portanto essa era a ideia inicial (...) Portanto, isso era um dos aspectos importantes da alteração do curso." (DE1F)

[394] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

> "É muito complicado e eu acho que também temos muito pouco conhecimento relativamente a esta área, das chamadas Ciências da Educação." (DE2F)

> "Aquilo que se constatou é que seria também, ou nós grupo achávamos, que havia também necessidade de alguma formação e acompanhamento dos docentes para esta mudança que não foi possível." (DE3F)

> "todos os docentes terem formação nesta área e que realmente não houve condições para a fazer e que levou que houvesse orientações diferentes apesar de se ter procurado tornar o mais descritivo possível o processo." (DE3F)

> "Você viu as entrevistas de algumas pessoas do outro estudo, em que estão a descobrir, agora no doutoramento, necessidades de formação." (DE4F).

A formação de professores parece desempenhar um papel importante na configuração de uma nova profissionalidade docente, estimulando o aparecimento de uma nova cultura profissional no meio dos professores.

> "Provavelmente, agora estaremos na altura de fazer formação! Perceber que podemos fazer aquilo melhor, ser um instrumento mas para isso tem que se criar a necessidade. Não sou eu que vou dizer que vamos fazer formação sobre isso, percebe? Portanto, quando alguém disser isso, eu agarrarei! Agora, há necessidade de formação!" (DE4F)

> "Eu acho que há um problema! Há trabalho para fazer com os próprios docentes! Com os próprios docentes! (…) O docente não está formado!" (EO6HF)

Um professor justifica a necessidade de formação dos docentes recorrendo a vários tempos de verbo (pretérito e gerúndio). Será que esta forma de discurso sugere alguma divergência entre as suas crenças, manifestadas através das expectativas, e o que pensa actualmente sobre a formação dos professores daquela Escola? Será que a abordagem das estratégias metodológicas pressupõe alguma crítica ao que é realizado na ESEL?

> "Eu acho que as metodologias eram essenciais pois dentro das unidades curriculares eu própria me vi na necessidade de aprofundar o conhecimento. Vamos lendo, é uma área que vou lendo bastante mas é sempre muito bem ouvir as experiências dos outros e também ouvir peritos falar sobre as situações porque eles podiam ter ajudado a fazer a discussão do que eram as teórico-práticas." (DE1F)

É necessário que os docentes de enfermagem não estejam em ruptura com a prática profissional, porque nesse caso, tudo o que transmitem perde sentido (Collière, 1999), exigindo uma actualização constante dos seus conhecimentos.

> "Não é fácil, porque nós próprios não percebemos, às vezes não sabemos muita coisa e desconhecemos o porquê e até porque aquilo que sabemos é limitado em função daquela situação. A gente não conhece o doente e às vezes estamos a falar de uma situação, não estamos a falar do doente! E portanto, não é fácil!" (DE9F)

A formação é uma das medidas marcantes na promoção de inovações. Tal parece ter sido entendido por um docente, na insegurança sentida pela equipa docente para a promoção de mudanças. O medo do desconhecido sugere ter-se traduzido numa 'cristalização' de concepções e de modos de ensinar.

> "Nós aqui na escola, acho que muitos dos nossos problemas tem a ver com o quê? Tem a ver com a nossa falta de formação em algumas áreas, sentimo-nos inseguros nelas e nunca queremos experimentar coisas diferentes." (DE7F).

> "eu achei que assumindo este compromisso eu tinha de o assumir no próprio ensino clínico! Não foi muito fácil porque realmente as pessoas acham, sentem-se inseguras." (DE7F)

> "Não foi muito fácil porque realmente as pessoas acham, sentem-se inseguras." (DE7F).

ENFERMEIROS ORIENTADORES

A necessidade de formação para os enfermeiros orientadores corresponderem ao que é necessário para promover a aprendizagem do estudante, é destacada por um dos enfermeiros orientadores.

> "O que me faz alguma confusão, eu não sei, tenho que dizer isto, se posso, se não tenho, não sei, faço o que posso, agora muitas vezes eles são deixados com orientadores que não estão preparados, não têm formação, não têm. Eu acho que nós devíamos ter alguma formação para isto." (EO5HF)

Os bons professores também se fazem. Aprende-se a ser bom professor, não se nasce bom professor[395]. Por isso, a questão da formação pedagógica é fundamental. Em causa está a capacidade de transmitir conhecimentos, motivar os alunos independentemente da maturidade que apresentem, dar bases para eles avançarem. As necessidades de formação dos formadores, quer para os professores de enfermagem, quer para os enfermeiros orientadores do contexto da prática, leva-nos a pensar na necessidade, como defende Nóvoa (2009), de uma formação de professores construída dentro da profissão.

A constatação de uma certa crítica ao novo currículo do curso de licenciatura sugere alguma insatisfação pelo corpo docente e novas questões. Como foram envolvidos os professores/enfermeiros orientadores nesta reforma educativa? Será que se sentiram protagonistas na elaboração do currículo? Que significados atribuem os vários formadores a este currículo?

7.3 – Os aspectos considerados positivos e negativos da reforma educativa

A opinião dos docentes e dos enfermeiros orientadores entrevistados sobre as mudanças preconizadas pelo currículo da ESEL resultou num discurso crítico que extravasou as alterações incutidas. Na análise dos principais argumentos apresentados como justificativos da implementação do novo desenho curricular, emergiram factores positivos e factores negativos, sintetizados no quadro 20, e que parecem caracterizar esta reforma educativa.

[395] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).

Quadro 20 – Aspectos positivos e negativos da reforma educativa

	Positivos	Negativos
Aspectos positivos e negativos da reforma educativa	Alguns sinais de mudança	Massificação do ensino superior de enfermagem
	Desenvolvimento de competências de comunicação e de pensamento crítico dos estudantes	Défice de conhecimentos dos estudantes

Com base na categorização apresentada (quadro 20) expomos, de seguida, pequenos excertos das entrevistas dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores.

7.3.1 – Aspectos positivos

Apesar do vasto leque de factores que dificultaram uma mudança efectiva com a implementação do novo currículo, certas situações parecem querer romper com esta continuidade, emergindo '**alguns sinais de mudança'** (Fernandes, 2000b). Colocar o estudante numa relação de igualdade, e promovendo-o a actor da formação, parece ser um dos aspectos positivos referenciados.

> "esta era uma área muito importante na mudança curricular: a estrutura em que temos as unidades curriculares e as metodologias a considerar." (DE1F)

> "Um notório assumir de que este currículo teria que ter uma mudança entre o saber-fazer, como essência, para o saber aprender." (DE1F)

> "é essencial o aluno ser capaz de, é essencial que seja competente na tomada de decisão, sobretudo, até onde? É que ele já tem que ter essa tomada de decisão consolidada e depois que competências técnicas é que ele tem de desenvolver como essenciais? Mas de facto este aspecto do saber aprender e do saber questionar-se foi aquilo que mais nos preocupou e que achámos que era essencial que ele fosse capaz de desenvolver (…) Sim, já havia alguma preocupação neste aspecto, se calhar uns mais do que noutros. Portanto, o saber aprender, o saber questionar-se o saber questionar os outros, acho que foi essencial." (DE1F)

> "acho que temos vindo a construir, embora as pessoas, a maior parte não dá partido, mas nós as duas [coordenação de ciclo] temos a sensação de que alguma coisa se tem vindo a construir. Agora está tudo ainda muito disperso. Portanto, no fundo tem que haver algumas coisas que é preciso articular, que é preciso juntar, que é preciso ver o que é positivo disto e daquilo e essa responsabilidade acho que nos leva a essa questão de como é que se avalia todo este percurso, todo este, e nomeadamente, a questão da tomada de decisão." (DE7F)

Outra constatação que sugere alguma mudança assenta na relação entre a investigação e a reflexividade que esta provocou, não só através de uma prática baseada na evidência (Basto, 2009), mas pela reflexão sobre o desempenho.

> Eu penso que a licenciatura trouxe um outro olhar sobre as coisas porque a importância que a investigação tem, que a evidência tem, acho que veio com a licenciatura (…) Eu acho que a licenciatura trouxe-nos isso, não tão, quer dizer, está-nos a trazer isso! O que eu quero dizer, é que a mudança não trouxe logo, ou não mostrou logo os benefícios. Mas acho que estes benefícios têm vindo a ser graduais e portanto, um outro pensar, um outro olhar mais reflexivo sobre as coisas, acho que veio com a licenciatura." (DE7F)

As orientações europeias, veiculadas pelo projecto «Tuning» (2008)[396], foram dimensões que parecem ter sido contempladas no novo currículo, nomeadamente a aquisição de '**competências de comunicação'**, no âmbito das competências interpessoais. O intercâmbio de pensamentos e opiniões, como forma de interacção entre o estudante e a equipa de enfermagem (King, 1984), surge como um dos factores positivos da reforma, como nos relatou uma professora entrevistada:

> "uma enfermeira chefe e as outras depois concordaram, disse-me que gostava de contratar licenciados e sobretudo os recém-formados porque eles eram mais competentes, diz ela, a procurar o conhecimento, mais preocupados em divulgar o conhecimento, portanto participavam em trabalhos e em apresentações em congressos sem nenhuma dificuldade e mais assertivos, porque a comunicação também é uma competência inerente ao ensino superior e isso deixa-nos algum prazer. De facto ela não falou que eles eram mais ágeis no saber-fazer, mas isso dizia uma delas, eles aprendem rapidamente (…) elas fazem esta leitura do licenciado, portanto o que nos diz que nós estamos a caminhar no bom caminho, podemos é acelerar um bocadinho." (DE1F)

Também a capacidade de '**pensamento crítico'** e de argumentação dos estudantes (Alfaro-LeFevre, 2013) parece emergir como elementos positivos decorrentes da formação em enfermagem com o novo currículo, sendo referenciado por alguns docentes:

> "Que ele tenha condições do ponto de vista autónomo, de saberes, para poder afirmar-se, tem! Mas, isso depende das suas condições pessoais para o fazer. Mas eu acho que tem." DE5F

> "Eu acho que naquela altura, com todas as coisas boas que tinha, eu acho que nós éramos mandados! E agora os estudantes, mandam! Eu acho, sabes o que é que os estudantes mandam? Os estudantes conseguem-te facilmente, num mundo global que nós temos agora, dizer-te que alguns de nós não lhes ensinam nada!" (DE6F)

> "eu acho que sim. Eu acho que na medida em que a gente se preocupa em que eles analisem e que não respondam e que não se precipitem e que não façam porque vêem e que não façam com bases nas experiências tão-somente, eu acho que sim." (DE9F)

> "questionam mais, conseguem-se expressar melhor (…) Defendem-se mais. Defendem-se mais eles, quando eu digo: «eu acho que não fizeste bem isto», defendem-se mais (…) Tem mais argumentação, tem!" (EO5HF)

Os conhecimentos teóricos e a postura do estudante da ESEL melhoraram, segundo as palavras de um enfermeiro orientador:

> "Eu acho que a Escola está a preparar melhor os estudantes! (…) Em termos de conhecimentos eu acho que sim! Os conhecimentos teóricos são muito melhores, muito mais sedimentados. Postura, postura, também! (…) O saber estar. O saber estar que acho que é muito importante, mesmo a apresentação do aluno (…) Sim, sim. Acho que melhorou!" (EO5HF)

[396] Orientação europeia em vigor no momento da elaboração do novo currículo da ESEL, em 2008.

7.3.2 – Aspectos negativos

A '**massificação do ensino superior de enfermagem'**[397]**,** após a sua expansão e abertura (tendencialmente) a todos (Galego, Marques & Teodoro, 2011), teve também representação no ensino superior de enfermagem. Embora mais tardia, e não tanto pela abertura a novos públicos, mas sim como resposta da reestruturação que o ensino de enfermagem sofreu[398], obrigou a um «modus operandi» próprio do ensino superior, mas estranho para o ensino de enfermagem. A abertura de vagas na ordem das várias centenas de candidaturas na ESEL, consequência dessa estruturação, provocou entre outros efeitos, uma mudança nos métodos pedagógicos. O Processo de Bolonha veio certificar essas mudanças e obrigar a uma nova forma de ensinar, constatam os docentes:

> "Outro aspecto de Bolonha é o trabalho autónomo, que pode ser feito de muitas formas. O que não pode ser feito é o trabalho autónomo da forma como estamos a trabalhar porque Bolonha não foi feito para ter quarenta e cinco alunos. Eu própria tive a experiência, é frustrante para os alunos e professores. O estudante, que tem uma situação, trabalha muito e não tem tempo de discussão. As horas de discussão é a dividir por aqueles grupos todos e cada grupo tem dez alunos, se não são dez mas são oito alunos. Que ainda por cima, as turmas estão muito grandes aí a expectativa do estudante e docente é lograda e não se trabalha o primeiro nível de tomada de decisão de enfermagem." (DE1F)

> "o que eu já ouvi a nível dos docentes e dos estudantes é que não havendo muitas horas para a teoria que se utilizem as teórico-práticas para complementar. Mas eu penso que isto será pontual (...) Este era fundamental, discutir isto e manter turmas adequados e não com quarenta e dois alunos." (DE1F)

> "temos é outro problema que é os trezentos e não sei quantos alunos que nós temos. Porque isto é muito engraçado, dizer que Bolonha pápápá e Bolonha pépépé, e centrado no estudante, e depois levares com trezentos e vinte alunos (…) Não existe relação! Portanto é muito engraçado falares e Bolonha e depois veres-te com turmas de quarenta estudantes!" (DE2F)

> "Em turmas muito grandes é um bocadinho difícil trazê-los ao nosso pensamento (…) turmas muito grandes têm também uma contra produção que é: o tempo que demora a aquecer. Desde instalarem-se na sala de aula, o tempo que demoram na entrada, porque aqui depois também tem a ver com as regras, não é? Não há regras muito claras a dizer que… e uma grande disciplina, a partir dos dez minutos não entra. Eles vão sempre entrando, portanto, isto tem a ver com o 'modus vivendi' e o currículo oculto, acho eu. São as regras de vivência na escola que são extremamente perturbadoras. E depois vem um, e, em vez de entrar calmamente, não. Vem, conversa, dá o recado, e primeiro que se chegue ao seu local muitas vezes atravessa a aula." (DE5F)

> "com a desordem que alguns querem impor que, no fundo, é um bocadinho manter o controle do grupo. E perde-se muito tempo a manter o controlo do grupo, sessenta pessoas numa sala de aula." (DE5F)

[397] Para Sousa Santos (2008), a Europa entrou já num período de pós-massificação, com uma expansão menos acentuada do ensino superior e uma crescente mercantilização dos cursos, por uma procura que se encontra deficitária (Galego *et al*, 2011).

[398] Legislativamente, o ensino superior de enfermagem ficou atribuído ao nível do ensino superior politécnico, no entanto, existe no ensino de enfermagem escolas integradas em instituições do ensino superior politécnico, escolas integradas em instituições universitárias e escolas não integradas (ver pág. 251 deste estudo).

A contabilização das horas curriculares em função do trabalho autónomo do estudante, diminuindo as horas de contacto directo entre o docente e o estudante, foi contestada como um factor negativo do novo currículo. Será que os docentes não preferiam que os estudantes permanecessem mais passivos do que activos?

> "eu acho que nós não estamos a valorizar o trabalho autónomo do estudante, de modo algum. Porque não o sabemos, porque temos dificuldades, eu sei perfeitamente, eu própria a tenho." (DE5F)

> "foi assumido o trabalho autónomo de uma forma pouco clara e muito liberal! Digamos que, não sei se sempre, mas contra mim falo, não o tenho usado tão bem como ele está provavelmente, como ele está preconizado!" (DE9F)

A dificuldade de um padrão uniforme de desenvolvimento de actividades (Fernandes, 2000b), em nome de uma estabilidade que se entende como securizante, foi outro aspecto negativo atribuido por alguns docentes a esta reforma educativa:

> "O ano passado foram trinta e oito orientadores, este ano conseguimos reduzir para vinte orientadores. Mas, é muito complicado, porque embora possamos ter uma tentativa de uniformidade das coisas, sinto que nunca conseguimos isso." (DE7F)

> "O ano passado não foram avaliadas [práticas laboratoriais], não houve condições logísticas para o fazer. Porque fazer avaliações de práticas laboratoriais de trezentos e sessenta alunos não se faz, nem com pouco tempo, nem com pouco pessoal, nem com pouco espaço. E, portanto, como eu tinha tudo isto, pouco tempo, pouco pessoal e pouco espaço, resolvi não fazer a avaliação sob pena das coisas não correrem bem." (DE8F)

> "em sala de aula é muito difícil, com a dimensão das próprias turmas, fazer um processo mais organizado, mais dirigido ao próprio estudante enquanto perfil psicológico aquela pessoa. E portanto, não é fácil!" (DE9F)

Um aspecto essencial dos currículos profissionais, e referido por dois professores entrevistados, é uma avaliação do conteúdo que irá ajudar os licenciados em enfermagem no modo como irão desenvolver as respostas às necessidades das pessoas (Bevis & Watson, 2005):

> "para mim falta-me uma discussão do que é que é a aprendizagem de enfermagem que têm de fazer, o que é que têm de fazer de enfermagem ao longo do curso (…) não se fez a discussão onde elas se integram." (DE1F)

> "a Escola, a meu ver neste momento, não pode garantir que forma para um determinado perfil de competências. Ou seja, nós temo-lo mas não podemos garantir que os estudantes formados pela Escola, atingiram esse perfil. Os caminhos, os percursos, as experiências que eles têm são de tal modo diversificados que não podemos dizer isso. E isto faz-me muita confusão em termos da qualidade do ensino. Eu não posso garantir nada!" (DE3F)

Os estudantes são a alma do currículo; sem a habilidade de perseguir os seus objectivos pessoais, o currículo rapidamente se torna mecanizado (Bevis & Watson, 2005). Torna-se então importante que o currículo permita uma individualização de necessidades, uma liberdade de escolha para atingir as metas individuais. Será que o '**défice de preparação**

dos estudantes', apontado como aspecto negativo deste novo currículo, tem por base um certo maternalismo da equipa docente?

> "não é, mãezinhas. [o ensino de enfermagem tem] uma imagem ainda mais maternalista." (EO2HF)

> "eu acho que o ensino de enfermagem está muito longe do que é o ensino universitário! Para o bom e para o mau! Porque tem coisas boas que eu acho que o ensino universitário não tem, mas eu acho que nós trabalhamos os estudantes duma forma muito infantilizada!" (EO6HF)

Os estudantes chegaram ao ensino clínico mal preparados teoricamente, como refere uma enfermaria orientadora. Défice que dificultou o desenvolvimento de competências de tomada de decisão (Tanner, 2006) já que sem conhecimento não se consegue integrar na totalidade os dados da situação e decidir sobre ela de forma adequada e eficaz. No entanto, emerge a questão: o défice de preparação dos estudantes está directamente relacionado com a reforma educativa ou houve outros factores determinantes? Será que o desenvolvimento do novo currículo do CLE foi influenciado negativamente pela massificação do ensino não permitindo uma orientação tutorial efectiva? Terá havido adequação das estratégias pedagógicas ao novo plano de estudo da ESEL?

> "eu acho que estes alunos que vieram, do segundo ano, a nível de conhecimentos, vinham muito fracos! (…) Mas portanto, há coisas que nós achamos que eles deviam saber e que não sabem. Portanto, eu acho que estes alunos vinham muito mal preparados da escola. A nível teórico." (EO3HF)

O facto de os estudantes estarem mal preparados, foi referenciado por outro enfermeiro orientador, mas numa perspectiva diferente: a das competências psicomotoras. Será que os orientadores locais, ao referirem que os estudantes estão mal preparados instrumentalmente, estão a defender um predomínio das competências psicomotoras? Conseguirão estes estudantes tomar decisões adequadas e eficazes, já que as competências psicomotoras são a base do desenvolvimento das competências de tomada de decisão?

> "que acho que os alunos a nível técnico, estão piores! Vêm mais mal preparados! E quer dizer, acaba por ser uma, se calhar, não tem muita lógica, porque se calhar até tem mais acesso a, e que antes não teriam, à parte de técnicas na escola. Têm manequins, se calhar melhores, não sei, não sei (…) os campos de estágios estão mais difíceis porque de repente houve um grande aumento de alunos em estágio, não é? Que não sei se foi positivo (…) Então nota-se! Nota-se perfeitamente! E isso implica a tomada de decisão deles! Porque eles depois no quarto ano, se calhar deveriam de ter uma tomada de decisão diferente, que não tem! E eu acho que é fundamentalmente porque também não têm este à-vontade na vertente técnica!" (EO4HF)

Pelo que foi dito pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores, a reforma educativa que se pretendia com o novo currículo da ESEL, parece ter criado algumas perspectivas de mudança que ficaram aquém das expectativas. Múltiplos factores

condicionaram um envolvimento dos vários actores no processo de mudança (Fernandes, 2000b; Pacheco, 1996).

Em jeito de síntese, e apreciando a reforma educativa, esta parece que foi sentida mais como uma ameaça do que um desafio, havendo alguns discursos salpicados de inovação mas que pelo contexto organizacional, não se realizaram. A resistência à mudança pelo novo currículo da ESEL começou logo nos elementos do grupo conceptor, sendo acentuada pela conjuntura situacional da própria escola e do contexto de cuidados onde esta está inserida. O novo mandato político sobre o ensino superior que se impõe através da massificação da relevância e da excelência académica, (Magalhães, 2004) por um lado e a racionalização da saúde por outro (Simões, 2004), reforçaram a continuidade como elemento estabilizador duma realidade em ebulição.

Contudo, o número considerável de professores com formação avançada[399], bem como a cooperação interinstitucional, em acasos pontuais, parecem servir de pontos de apoio que incitam e suportam a mudança. Parece emergir a expectativa de uma transformação pelo desenvolvimento das competências de comunicação e de pensamento crítico dos estudantes, embora paradoxalmente também sejam considerados menos detentores de saberes profissionais.

A recolha de informação sobre o modo como a ESEL promoveu a aprendizagem da tomada de decisão do estudante no processo de cuidados centrou-se nos dados que permitissem compreender, não apenas como os estudantes tomavam decisões, mas também como os formadores (docentes de enfermagem e enfermeiros orientadores)[400] promoviam o seu ensino. Na análise do que foi dito, importa saber como os documentos normativos, o discurso dos formadores e a experiência dos estudantes contribuíram para uma visão global do assunto em estudo.

[399] Como se referiu anteriormente, cerca de 27% da equipa docente tem o grau de doutor e 34% está a desenvolver um programa de doutoramento em várias áreas do saber (ver pág. 219).
[400] Consideramos, neste trabalho, como formadores os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores, presentes tanto na componente teórica, como na componente práctica da formação em enfermagem. Motivo pelo qual, não utilizamos o conceito de 'tutor clínico', específico do ensino clínico, como referido anteriormente.

8 - Vários Olhares sobre a Tomada de Decisão

A aprendizagem da tomada de decisão na formação dos enfermeiros terá sido descontextualizada, nas palavras de Benner (2001), descurando as exigências e as contrariedades dos serviços. No entanto, começa a evidenciar-se uma tendência de inversão pelos esforços em valorizar os programas educativos com situações práticas mais realistas possibilitando fasear e mostrar o processo de tomada de decisão em enfermagem.

Para a análise do ensino da tomada de decisão na ESEL, procurou-se explicitar o processo de tomada de decisão, decompondo o processo em partes constituintes e analisar o efeito das diferentes observações, acções e utilitários (Thompson & Dowding, 2009). Análise que foi realizada numa 'perspectiva normativa', pela sua adequação teórica em explicar e prever os resultados de decisão (Standing, 2007), nos documentos normativos da ESEL; numa 'perspectiva prescritiva', pela orientação realizada através dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores na optimização do desempenho dos estudantes ajudando-os a tomar melhores decisões (Standing, 2007); e numa 'perspectiva descritiva', pela descrição que os estudantes fazem sobre as decisões que tomaram (Standing, 2007).

Para compreender a diferença de pontos de vista sobre a aquisição de competências na óptica do currículo, do docente de enfermagem, do enfermeiro orientador e do estudante de enfermagem, é útil examinar as similitudes e as disparidades entre os pontos de vista formais e informais relativos ao ensino da tomada de decisão no processo de cuidados (Benner, 2001). O processo formativo surge como um projecto educativo que uma sociedade determina, num certo momento, ser função da escola desenvolver. Neste sentido, é importante analisar em que medida o currículo, como instrumento que exprime e clarifica esse projecto educativo, concretizou a aprendizagem da tomada de decisão aos estudantes de enfermagem da ESEL, o que faremos de seguida.

8.1 – A visão normativa[401] do processo de ensino da tomada de decisão - *perspectiva da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

O currículo é algo que se concretiza num processo, ou seja, relaciona-se com a prática que o caracteriza, daí que o plano é um aspecto que contribui para lhe dar aparência e para o definir (Gimeno Sacristán, 2000). Qualquer paradigma curricular pode ser manifestado

[401] Considerou-se neste ponto, o suporte teórico de orientação para o ensino da tomada de decisão expresso no currículo da ESEL, traduzido no Plano de Estudo e em Documentos Orientadores de Ensino Clínico (Thompson & Dowding, 2009).

em várias estruturas curriculares. Assim, no currículo de enfermagem, para além dos conteúdos organizados por disciplinas, existem outras estruturas que lhe servem de suporte como

> as teorias que são usadas como enquadramentos teóricos; a organização dos produtos de desenvolvimento curricular em categorias como filosofia, objectivos, disciplinas e instrumentos de avaliação; o modo como as experiências clínicas são planeadas; as decisões que orientam a alocução de recursos educacionais; as linhas orientadoras para estabelecer os esboços; os constrangimentos dentro dos quais os professores tem de ensinar; e, finalmente, o clima que estabelece os padrões para as interacções entre professores e alunos. (Bevis &Watson, 2005, p. 123)

Torna-se necessário analisar como a conjugação do planeamento realizado a vários níveis contribui para determinar ou promover determinadas práticas pedagógicas e um estilo profissional nos docentes (Gimeno Sacristán, 2000). Razão pela qual desenvolvemos uma análise do planeamento do currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem, da ESEL, como forma de determinar qual o significado atribuído à tomada de decisão e ao seu ensino.

A análise realizada incidiu no plano de estudo do CLE e nos documentos orientadores dos ensinos clínicos do terceiro e quarto ano (correspondentes aos anos do curso dos estudantes da nossa amostra) bem como aos docentes que planearam e aos que implementaram o currículo, como a seguir se expõe.

8.1.1 – O que 'dizem' os documentos

Quando se planeia um currículo orientado por competências, pretende-se uma aprendizagem não em função dos conteúdos a serem transmitidos, mas em função das competências que os estudantes devem desenvolver, tendo em conta a experiência e aprendizagem anteriores. Assim, o estudante sente-se capaz e preparado para a mobilidade de emprego, característica dos tempos actuais (Pires, 2007; Silva & Pacheco, 2005).

A selecção de conteúdos em enfermagem é um tema muito importante a todos os níveis. Atendendo que 'conteúdo' é considerado toda a matéria usada para ensinar, este inclui os processos e as ideias a serem aprendidos (Bevis &Watson, 2005). As fontes de conteúdos que podem produzir um tipo de currículo centrado num pensamento crítico e espírito criativo, devem incidir nas necessidades da sociedade, nos problemas de saúde, nas necessidades de enfermagem, nas áreas e disciplinas que contribuem para a enfermagem, nas percepções da prática de enfermagem, nos assuntos historicamente significativos e nos interesses dos estudantes, como apresentam Bevis e Watson (2005).

Atendendo a que o plano de estudo é exactamente isso, um plano, não corresponde ao currículo na sua abrangência, mas a uma parte dele. O currículo é o que de facto acontece

na interacção entre o docente e o estudante. O plano pode ou não, ter incluído o que realmente acontece (Bevis & Watson, 2005). Corroborando a opinião dos autores, considerámos na nossa pesquisa, o plano de estudo e os documentos orientadores de ensino clínico do terceiro e quarto ano do curso, correspondentes aos anos de formação dos estudantes participantes, como anteriormente referido[402]. Pretendemos com isso, uma visão mais global e mais próxima possível do 'currículo vivenciado' na ESEL.

O plano de estudo foi aprovado pelo Regulamento n.º 154/2008[403]. A estrutura curricular teve por base as directrizes definidos pelo Processo de Bolonha e referenciadas no Despacho nº 10543/2005, de 11 de Maio. As unidades curriculares têm uma tipologia semestral, de carácter obrigatório e de opção. O Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEL consiste no 1º ciclo de formação em enfermagem, tem como objectivo formar enfermeiros generalistas e atribui o grau de licenciado em enfermagem. O curso tem um total de 240 ECTS[404], distribuídos equitativamente pelos oito semestres (quatro anos lectivos) que o constituem. Cada ano curricular é composto por 40 semanas lectivas anuais, com uma carga horaria semanal de 40 horas[405].

Neste plano de estudo, a aprendizagem do estudante situa-se, ao nível dos dois primeiros anos, na apropriação de conteúdos essenciais de enfermagem[406], na compreensão dos fenómenos de bem-estar e do adoecer, no primeiro ano; e nas intervenções de enfermagem à pessoa adulta e idosa[407], no segundo ano. Além do ensino teórico[408] (a

[402] Ver pág. 23 deste estudo.
[403] Diário da República, 2.ª série, N.º 63, 31 de Março Diário da República, 2.ª série, N.º 63, 31 de Março de 2008, p. 13894-13897.
[404] Tomando como referência que 1 ECTS equivale a 27 horas de trabalho do estudante, 30 ECTS por semestre corresponderão a 810 horas, perfazendo um total de 6480 horas (ESEL, 2008).
[405] "O número de horas de contacto do estudante nas unidades curriculares teóricas e teórico-práticas situa-se entre um mínimo de 40% e um máximo de 60% e nas Unidades Curriculares de Ensino Clínico situa-se entre um mínimo de 60% e um máximo de 75%, em relação ao total de horas de cada unidade curricular" (ESEL, 2008, p. 5).
[406] As unidades curriculares constituintes do primeiro ano são: Fundamentos de Enfermagem I; História e Epistemologia de Enfermagem; Microbiologia e Parasitologia; Antropologia e Sociologia; Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica I; Psicologia I (1º semestre); Fundamentos de Enfermagem II; Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem, Sistemas e Políticas de Saúde; Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica II; Ética e Deontologia de Enfermagem I; Análise de Situações de Enfermagem e Opção I (2º semestre).
[407] No segundo ano as unidades curriculares integrantes são: Enfermagem ao Adulto; Enfermagem ao Idoso; Enfermagem I; Educação para a Saúde; Patologia; Farmacologia; Opção II (1º semestre); Ensino Clínico de Enfermagem ao Adulto e Idoso; Investigação em Enfermagem I; Antropologia e Sociologia II; Psicologia II; Análise de Situações de Enfermagem II e Opção III (2º semestre).
[408] "O ensino teórico define-se como a vertente da formação em enfermagem através da qual os candidatos a enfermeiro adquirem os conhecimentos, a compreensão e as competências profissionais necessárias para planear, dispensar e avaliar os cuidados de saúde globais. Esta formação é ministrada pelo pessoal docente de cuidados de enfermagem, bem como por outras pessoas competentes, nas escolas de enfermagem e noutros estabelecimentos de ensino designados pela instituição responsável pela formação" (Directiva 2005/36/CE, art. 31º, ponto 4).

componente de ensino que constitui as horas de contacto está dividida em: aulas teóricas 'T'[409], teórico-práticas 'TP'[410], práticas laboratoriais 'PL'[411] trabalho de campo 'TC'[412], seminários 'S'[413], e orientação tutorial 'OT'[414]), o estudante dá início ao ensino clínico[415], nas áreas de Fundamentos de Enfermagem[416] e na prestação de cuidados de enfermagem ao adulto e ao idoso.

No terceiro ano[417] pretende-se que o estudante compreenda os fenómenos de bem-estar e do adoecer, e as intervenções de enfermagem à grávida, mãe, criança, adolescente e jovem. Bem como, as intervenções de enfermagem ao indivíduo com doença mental[418]. O primeiro semestre é constituído por conteúdos do âmbito teórico[419], sendo que o segundo semestre é essencialmente constituído por estágio, dividindo-se nas quatro áreas temáticas ministradas no semestre anterior: Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Mulher; Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem; Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde

[409] Aula em que o estudante é convidado, pelo docente, a participar num processo de teorização. Ou seja, com base na evidência científica é a estruturada uma reflexão sobre determinado problema (Bordenave & Pereira, 2007).

[410] Aula em que através de trabalho de grupo se promove uma maior compreensão dos estudantes para os conceitos expostos nas aulas teóricas, com desenvolvimento do trabalho de equipa, de atitudes de pesquisa e do pensamento crítico (Bordenave & Pereira, 2007).

[411] Organização de actividade em local onde as condições são reconstruídas de modo a promover no estudante o desenvolvimento de competências psicomotoras, cognitivas e afectivas. O estudante participa activamente na sua aprendizagem interligando conhecimentos teóricos e a sua experiência experimental (Gil, 2007).

[412] Consiste em observar o comportamento das pessoas, os gestos, anotar falas, movimentos, contar as vezes que determinados acontecimentos se dão num determinado espaço de tempo. Tem como objectivo promover a integração, pelo estudante, de saberes numa área restrita da disciplina (Castro & Ricardo, 1998).

[413] Trata-se de um tipo especial de discussão e debate em grupo que permite ao estudante o desenvolvimento de várias competências, tais como: trabalhar em equipa, colher dados, produzir conhecimento, organizar ideias, comunicar e argumentar. Por todos estes benefícios, pode ser considerada uma estratégia pedagógica que facilita a aprendizagem no ensino superior (Gil, 2007).

[414] Consiste no acompanhamento científico e pedagógico do docente a um estudante ou a um pequeno grupo de estudantes proporcionando situações de aprendizagem (Gil, 2007).

[415] "O ensino clínico define-se como a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto directo com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma colectividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. O candidato a enfermeiro aprende não só a trabalhar em equipa, mas também a dirigir uma equipa e a organizar os cuidados de enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio da instituição de saúde ou da colectividade. Este ensino será ministrado em hospitais e outras instituições de saúde e na colectividade, sob a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados. Outros profissionais qualificados poderão ser integrados no processo de ensino." (Directiva 2005/36/CE, art. 31º, ponto 5).

[416] Realizado maioritariamente em intuições de lares residenciais para permitir que o estudante compreenda os fenómenos de bem-estar e do adoecer.

[417] Devido à participação dos estudantes do terceiro e quarto ano na nossa pesquisa, desenvolvemos mais em pormenor a constituição do Plano de Estudo nesse período do curso correspondente.

[418] Fazem parte do terceiro ano as seguintes unidades curriculares: Enfermagem de Saúde da Mulher; Enfermagem da Criança e do Jovem; Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Relação de Ajuda, Gestão em Enfermagem; História e Epistemologia de Enfermagem II, Investigação em Enfermagem II; Opção IV (primeiro semestre).

[419] Ver pág. anterior com a denominação das aulas de contacto.

Mental e Psiquiátrica[420], cada um deles realizado em diferentes instituições e serviços, com a duração de cinco semanas em cada um (quadro 21). Neste período de Ensino Clínico, o estudante deverá realizar um 'diário de aprendizagem' semanal, em todas as unidades de ensino clínico. Os 'diários de aprendizagem', entre outros documentos produzidos pelos estudantes[421], foram alvo da sua avaliação individual e serviram de análise no nosso estudo sobre o modo e o tipo de decisões que tomavam no processo de cuidados, como referido anteriormente[422].

No primeiro semestre do quarto ano, propõe-se a prestação de cuidados de enfermagem a famílias e à comunidade[423]. Será associada com um Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família, em instituições de cuidados de saúde primários, com a duração de oito semanas. O estudante inicia, também neste semestre, a elaboração de um projecto pessoal em enfermagem clínica numa área de opção que desenvolverá no semestre seguinte. O segundo semestre é quase exclusivamente preenchido pela formação clínica onde o estudante desenvolve a autonomia e a responsabilidade na área de cuidados da sua opção[424]. Abrange em simultâneo, a execução de uma monografia no âmbito dos cuidados prestados naquela área (quadro 21). No estágio final, Ensino Clínico de Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, o estudante elabora 'notas de campo' como elemento constituinte da monografia numa área da sua opção. Estas foram igualmente alvo de análise na nossa pesquisa para compreender o modo e o tipo de decisões que os estudantes tomavam no processo de cuidados.

[420] Fazem ainda parte as Unidades Curriculares de Análise de Situações em Enfermagem III e Opção V (segundo semestre).
[421] Os documentos a serem desenvolvidos pelos estudantes durante os ensinos clínicos incluíam: um projecto de aprendizagem; planos de cuidado aos utentes a quem prestavam cuidados; e estudos de caso sobre alguma situação de cuidados mais problemática, analisada à luz de um modelo teórico de enfermagem.
[422] Ver pág. 39 deste estudo.
[423] Onde se situam as seguintes Unidades Curriculares: Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família; Formação em Contexto de Trabalho; Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica I; Enfermagem em Cuidados Intensivos (primeiro semestre).
[424] Existe também a Unidade Curricular de Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica II e a de Análise de Situações de Enfermagem IV.

Quadro 21 – Organização do Ensino Clínico no terceiro e quarto ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, Regulamento n.º 154/2008[425] e sua codificação

Ensino Clínico	Ano (A)/ Semestre (S)	Semanas	Carga horária	Codificação
Enfermagem da Criança e do Jovem – Pediatria	3º A/2º S	5	216	(3ECECJP)
Enfermagem da Criança e do Jovem – Saúde Infantil	3º A/2º S	5	216	(3ECECJSI)
Enfermagem de Saúde da Mulher	3º A/2º S	5	216	(3ECESM)
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	3º A/2º S	5	216	(3ECESMP)
Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família	4º A/1º S	8	324	(4ECESCF)
Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica	4º A/2º S	12	648	(4ECPPEC)

Fonte: Elaborado com base no plano de estudos

As mudanças curriculares têm surgido frequentemente na última década, como resultado de discussões sobre o currículo dos cursos, sobre quais as disciplinas básicas e profissionalizantes, se possuem ou não actividades interdisciplinares, se as aulas práticas correspondem ou não às necessidades dos estudantes, se os programas estão ou não de acordo com o mercado, se os cursos têm em conta ou não as tecnologias e a partir daí pensam em organizar uma nova abordagem curricular (Silva & Pacheco, 2005), o que parece ter acontecido na ESEL.

Numa primeira análise feita ao Plano de Estudo, sobre o ensino da tomada de decisão promovida pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem, detectámos que perante 6.445 palavras, só existiam 29 relacionadas com o processo de tomada de decisão, segundo a estruturação do desenvolvimento de competências de tomada de decisão, apresentado por INASCL (2011)[426], como esquematizado no quadro 22. Como consegue a ESEL ensinar os estudantes a tomarem decisões se esses conteúdos parecem não estar explícitos no seu plano de estudos?

[425] Diário da República, 2.ª série, N.º 63, 31 de Março de 2008, p. 13894-13897.

[426] O processo gradativo do desenvolvimento de competências para a tomada de decisão inicia-se nas competências psicomotoras, seguidas pelas de resolução de problemas, do pensamento crítico e termina nas de julgamento clínico e tomada de decisão (ver pág. 105).

Quadro 22 – Frequência das palavras relacionadas com o desenvolvimento das competências de tomada de decisão presentes no plano de estudo

	Categorias	Unidades de registo	Total palavras
Palavras relacionados com o desenvolvimento das competências tomada de decisão	Saberes técnicos/saberes-fazer/técnicas[427]	10	6.445
	Resolução de problemas	3	
	Pensamento crítico	3	
	Julgamento profissional	6	
	Tomada de decisão	7	
TOTAL		**29**	

Fonte: Elaborado com base no plano de estudos

Foi realizada uma segunda análise ao plano de estudo, tendo esta incidido no ensino de competências de tomada de decisão, segundo o modelo apresentado por Perrenoud (1999)[428]. Constatamos que a categoria 'considerar os conhecimentos como recurso a serem mobilizados' foi a mais representativa, com 36% das citações; seguida 'trabalhar por problemas', com 30%; 'novo contrato didáctico' com 14%; 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' com 7%; 'orientar para uma menor compartimentação disciplinar', 'criar ou utilizar outros meios de ensino' e 'adaptar um planeamento flexível' com 4% cada; e por fim, a categoria 'praticar uma avaliação formativa' com 1% das citações (quadro 23).

Quadro 23 – Competências estruturais do plano de estudo, segundo Perrenoud

Competências estruturais do currículo (Perrenoud, 1999)	Plano de estudo (PLES) (Frequência e percentagem por sub-categoria)	
Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados	59	36%
Trabalhar por problemas	49	30%
Criar ou utilizar outros meios de ensino	6	4%
Negociar e conduzir projectos com os estudantes	12	7%
Adaptar um planeamento flexível, improvisar	6	4%
Novo contrato didáctico	23	14%
Praticar uma avaliação formativa	2	1%
Orientar para uma menor compartimentação disciplinar	7	4%
Total de frequência e percentagem por categoria	**164**	**100%**

Os documentos orientadores do ensino clínico, no número de seis correspondentes aos seis blocos de ensino clínico existentes no terceiro e quarto ano (quadro 21), são

[427] Foram excluídas três unidades de registo da palavra 'técnicas', por estarem relacionadas com as normas técnicas de elaboração da estrutura curricular, a que o plano de estudo da ESEL obedeceu.
[428] Ver ponto 5.1 – As competências curriculares para a tomada de decisão, na pág. 169.

constituídos por três partes: a introdução, onde se expõe os princípios orientadores da Unidade Curricular, com a finalidade, os objectivos e competências a adquirir; a metodologia (alguns com anexos dos documentos a realizar pelos estudantes durante o ensino clínico); e a avaliação, onde se explicita as componentes formativas e sumativa e parâmetros de avaliação.

Na análise dos documentos orientadores do ensino clínico na perspectiva do desenvolvimento de competências de tomada de decisão, tendo por base a estrutura de competências defendida por Perrenoud (1999), emerge a categoria 'considerar os conhecimentos como recurso a serem mobilizados' como a mais representativa, com uma frequência de 25% das citações, como no plano de estudo. Esta é seguida pela categoria 'trabalhar por problemas', com 19% de citações; e, posteriormente, pela 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' com 15%; a 'praticar uma avaliação formativa' com 13% citações e a 'criar ou utilizar outros meios de ensino' com 11%; a 'novo contrato didáctico' com 10% das citações. Por fim, surgem as categorias 'adaptar um planeamento flexível' com 6% de citações e a 'orientar para uma menor compartimentação disciplinar' com 1% de citações (quadro 24).

Numa análise comparativa entre o plano de estudos e os documentos orientadores de ensino clínico (quadro 23 e 24), a categoria 'considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados' esteve presente com uma maior frequência ao longo dos documentos analisados, com 36% e 25%, respectivamente no plano de estudo e nos documentos orientadores de ensino clínico. Esta foi seguida pela categoria 'trabalhar por problemas' com 30% no plano de estudo e com 19% nos documentos orientadores de ensino clínico. Em contrapartida, parece notório o pouco investimento na categoria 'orientar para uma menor compartimentação disciplinar', quer no plano de estudo (4%), quer nos documentos orientadores de ensino clínico (1%). Salienta-se um enfoque no plano de estudo para a categoria 'novo contrato didáctico', com uma representatividade de 14%, enquanto nos documentos orientadores de ensino clínico, este situa-se na categoria de 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' com 15%.

Quadro 24 – Competências estruturais dos documentos orientadores de ensino clínico, segundo Perrenoud

Competências estruturais dos documentos orientadores de ensino clínico (Perrenoud, 1999)	Enfermagem da Criança e do Jovem – Pediatria (Frequência por sub-categoria)	Enfermagem da Criança e do Jovem - Saúde Infantil (Frequência por sub-categoria)	Enfermagem de Saúde da Mulher (Frequência por sub-categoria)	Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Frequência por sub-categoria)	Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família (Frequência por sub-categoria)	Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica (Frequência por sub-categoria)	Total da frequência e percentagem das sub-categorias	
Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados	15	14	16	12	5	4	**66**	**25%**
Trabalhar por problemas	14	12	6	9	6	4	**51**	**19%**
Criar ou utilizar outros meios de ensino	9	9	4	3	4	1	**30**	**11%**
Negociar e conduzir projectos com os estudantes	10	10	4	9	2	4	**39**	**15%**
Adaptar um planeamento flexível, improvisar	5	5	1	3	1	1	**16**	**6%**
Novo contrato didáctico	4	4	1	3	8	7	**27**	**10%**
Praticar uma avaliação formativa	6	6	10	3	6	3	**34**	**13%**
Orientar para uma menor compartimentação disciplinar	0	0	0	1	0	2	**3**	**1%**
Total de frequência por categoria/ensino clínico	**63**	**60**	**42**	**43**	**32**	**26**	**266**	**100%**

No plano de estudo nota-se algum impacto na categoria 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' com 7%; e nos documentos orientadores de ensino clínico na categoria 'novo contrato didáctico' com 10% das citações. Nota-se uma discrepância na categoria 'praticar uma avaliação formativa' com 1% no plano de estudo em contraste com 13% nos documentos orientadores de ensino clínico. A categoria 'criar ou utilizar outros meios de ensino' parecer ter pouco impacto na análise do plano de estudo com 4% e mediano nos documentos orientadores de ensino clínico com 11%, enquanto a categoria 'adaptar um planeamento flexível' sugere uma fraca representatividade em ambas as análises, com 4% e 6%, respectivamente no plano de estudo e nos documentos orientadores de ensino clínico (quadro 23 e 24).

Em síntese, a ordem de importância das competências estruturais do currículo analisado (plano de estudos e documentos orientadores de ensino clínico), inicia-se pela categoria 'considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados', com 29%; seguida da 'trabalhar por problemas' com 24%; da 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' e da 'novo contrato didáctico' com 12% cada; da categoria 'criar ou utilizar outros

meios de ensino' e a 'praticar uma avaliação formativa' com 8% respectivamente cada; a 'adaptar um planeamento flexível' com 5%; e termina na categoria 'orientar para uma menor compartimentação disciplinar' com 2%, como representado no quadro 25.

Quando as Escolas Superiores de Enfermagem formam enfermeiros é claramente para dotá-los das competências necessárias ao exercício da sua profissão (Perrenoud, 2004). Todavia, quando a formação é assegurada em contextos da prática profissional, embora sob a tutela da escola, poderá existir uma ênfase na transmissão dos conhecimentos teóricos e metodológicos e uma segmentação em 'formação prática' (Perrenoud, 2004). Neste centrar nos conhecimentos e na competência de resolução de problemas que a ESEL parece ter baseado o seu currículo, emergem algumas interrogações. Será que o currículo da ESEL se estrutura numa adição de conteúdos disciplinares? Terão os docentes tido em conta os objectivos da formação por competências? Haverá situações de aprendizagem suficientes que garantam aos estudantes o conhecimento das exigências da vida profissional?

Quadro 25 – Competências estruturais do plano de estudo e dos documentos orientadores de ensino clínico, segundo Perrenoud

Competências estruturais do currículo e dos documentos orientadores de ensino clínico	Plano de estudo (Frequência por sub-categoria)	Documentos orientadores de ensino clínico (Frequência por sub-categorias	Total da frequência e percentagem das sub-categorias	
Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados	59	66	**125**	**29%**
Trabalhar por problemas	49	51	**100**	**24%**
Criar ou utilizar outros meios de ensino	6	30	**36**	**8%**
Negociar e conduzir projectos com os estudantes	12	39	**51**	**12%**
Adaptar um planeamento flexível, improvisar	6	16	**22**	**5%**
Novo contrato didáctico	23	27	**50**	**12%**
Praticar uma avaliação formativa	2	34	**36**	**8%**
Orientar para uma menor compartimentação disciplinar	7	3	**10**	**2%**
Total	**164**	**266**	**430**	**100%**

Numa visão mais pormenorizada, expomos alguns trechos dos documentos segundo a categorização que nos serviu de suporte ao longo da análise dos mesmos.

8.1.1.1 – A importância dos conhecimentos

A construção do conhecimento de enfermagem parece surgir como um recurso que permite aos estudantes identificarem e resolverem problemas, em situações de saúde-doença, preparando-os para tomar decisões. Estando o ensino da tomada de decisão pouco explícito no

plano de estudo (PLES), como podemos constatar nas premissas abaixo transcritas, como conseguem os docentes assegurar que os estudantes interiorizam e mobilizam os conhecimentos, de acordo com a situação?

> "resulta de uma formação humanista que considera aspectos culturais, científicos, técnicos, éticos, estéticos e profissionais." (PLES)
>
> "conhece aprofundadamente as teorias, os métodos, as técnicas e os instrumentos especificamente requeridos no exercício da actividade profissional." (PLES)
>
> "desenvolve e aplica princípios, conhecimentos, modelos, métodos e técnicas para desenvolver o bem estar e saúde do cliente." (PLES)
>
> "os eixos acima referidos fundamentam-se na apropriação de uma diversidade de saberes teóricos, metodológicos, técnicos, práticos e saberes-fazer, quer da ciência de enfermagem, quer de outras disciplinas, tanto da área da saúde como das ciências sociais e humanas." (PLES)

É necessário ter conhecimentos para conseguir decidir sobre os cuidados a prestar (King, 1984; Tanner, 2006), o que parece ser valorizado em alguns ensinos clínicos. A situação complexa que caracteriza o contexto de cuidados afigura-se numa lógica de ensino baseado no treino, onde é possível construir e exercitar as competências, como defende Perrenoud (1999), e como parecem estar patente nos documentos orientadores de ensino clínico:

> "validar a tomada de decisão clínica do estudante, o planeamento, a realização e avaliação dos cuidados que presta, assegurando-se da fundamentação subjacente." (3ECECJP/3ECECJSI)
>
> "a intervenção na comunidade a grupos e família tem por base o diagnóstico da situação de saúde." (4ECESCF)

8.1.1.2 – Trabalhar por problemas[429]

A problemática do processo de saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, suportado por uma evidência epidemiológica, deve proporcionar a globalidade dos cuidados de enfermagem (Garanhani *et al*, 2012). A intencionalidade de os apresentar numa perspectiva de resolução de problemas parece incidir no desenvolvimento do pensamento crítico, como expõe Alfaro-LeFevre (2013), e como espelhado no plano de estudos:

> "diagnostica a situação de saúde/doença do cliente face a uma avaliação sistemática da mesma." (PLES)
>
> "selecciona e utiliza estratégias de educação para a saúde adequadas ao cliente." (PLES)

[429] Pretende-se considerar aqui as 'situações problema' como conceitos estruturantes do currículo na promoção da tomada de decisão do estudante de enfermagem e não como uma das etapas do processo de tomada de decisão (INASCL, 2011), nem como uma prática pedagogia (Valiga, 2009), o que será desenvolvido mais à frente.

> "desenvolvimento da prática de enfermagem através do pensamento crítico e da investigação." (PLES)

> "desenvolver competências para a intervenção de enfermagem na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa, em situações de saúde e doença, em diversos contextos de cuidados de saúde." (PLES)

O pensamento crítico alicerça o julgamento clínico do estudante pela interpretação das necessidades do utente ou dos problemas de saúde, elencando um conjunto de intervenções de forma a responder adequadamente e eficazmente ao utente (Tanner, 2006).

> "a gestão e prestação directa de cuidados prevê uma abordagem centrada no cliente, ou seja, na identificação dos problemas de saúde por este vivenciados, sustentada na selecção e interpretação de informação relevante e no planeamento e desenvolvimento de intervenções de enfermagem susceptíveis de ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a sua estabilidade." (3ECESMP)

E, mais especificamente, contribui para a tomada de decisão, ao determinar qual ou quais, as intervenções que deve implementar, como sugere um dos documentos:

> "desenvolver a capacidade de tomada de decisão, na utilização de teorias, modelos, métodos, técnicas e instrumentos especificamente requeridos para a intervenção junto das famílias, grupos e comunidade." (4ECESCF)

8.1.1.3 – (Re)criar meios de ensino

A imaginação didáctica pressupõe que o professor possa utilizar os mesmos meios de ensino, mas tem de saber dar uma nova perspectiva centrada em situações pertinentes e interessantes que tenham em conta o nível de desenvolvimento do estudante, o tempo disponível e as competências a serem desenvolvidas (Perrenoud, 1999). A ênfase no cumprimento das directivas europeias e a exigência do mercado internacional parece ter suscitado na ESEL uma procura de meios de ensino centrado no perfil competências a atingir, como se constata no plano de estudos:

> "as competências desenvolvem-se e expressam-se na acção pelo que, o plano de estudos prevê ensinos clínicos, trabalhos de campo e seminários, o que dá cumprimento à exigência europeia." (PLES)

> "o estágio realizado no final do curso em consonância com um projecto pessoal que pode apontar para experiências de aprendizagens no estrangeiro." (PLES)

> "tal não significa que não sejam aproveitadas as experiências que o estudante beneficia ali experimentar." (3ECESMP)

Observar e acompanhar profissionais experientes no ensino clínico permite ao estudante familiarizar-se com a dinâmica do contexto da prática de cuidados e potencializar a sua vivência de aprendizagem (Waldow, 2009a). O uso de diários emerge na ESEL, neste caso denominados de Jornal de Aprendizagem, como espaço narrativo sugerindo uma abordagem construtivista em que o estudante constrói o seu conhecimento.

> "a supervisão clínica dos estudantes assenta num modelo de formação reflexivo, que privilegia as seguintes actividades pedagógicas: Jornal de Aprendizagem (semanal)." (3ECECJP/3ECECJSI)

8.1.1.4 – A tónica dos projectos

Desenvolver projectos com os estudantes parece emergir como um dos aspectos importantes na formação de enfermagem, da ESEL. Centrar a aprendizagem do estudante em aquisição de competências com a responsabilização de confrontar obstáculos e produzir conhecimento (Perrenoud, 1999), está patente em vários documentos da escola:

> "visando no 1º semestre a prestação de cuidados a famílias e à comunidade e elaboração de um projecto pessoal em enfermagem clínica." (PLES)

> "participa na realização de projectos no âmbito da saúde." (PLES)

> "Elaborar o projecto de aprendizagem ao longo da primeira semana e discuti-lo com o Orientador Clínico (OC) e com o Orientador da Escola (OE) no início da segunda semana. Este documento constitui-se um instrumento regulador da aprendizagem pelo que será mobilizado ao longo do EC, particularmente nos momentos de avaliação formativa e somativa." (3ECESMP)

> "as duas primeiras semanas de EC serão para o estudante conhecer o contexto em que irá desenvolver a sua aprendizagem e elaborar o projecto individual do ECPPEC[430], dedicando especial atenção às práticas em uso que mais se relacionam com o cuidado de enfermagem alvo da sua monografia." (4ECPPEC)

Para estabelecer projectos é necessário que o estudante desenvolva capacidades de argumentação e tenha conhecimento das dinâmicas de grupo, de modo a maximizar a sua negociação, identificando efeitos positivos e negativos do debate, numa perspectiva metodológica (Perrenoud, 1999).

> "interage com o cliente/outros com: empatia, pró-actividade, gerindo conflitos, negociando e mediando." (PLES)

> "acompanhar o Orientador Clínico nos horários de trabalho, negociando com o enfermeiro responsável o calendário a efectuar, o qual disponibiliza ao orientador da Escola." (3ECESMP)

8.1.1.5 – Adaptar um planeamento flexível

A construção 'passo a passo' de um ano curricular na ESEL parece considerar a interrupção de certas sequências, admitindo um percurso de projectos implementados sem obrigatoriedade de seguimento (Perrenoud, 1999), o que também corresponde ao recomendado no plano de estudos e no guia orientador do ECESM:

> "para as áreas mais criticas, no terceiro ano, optou-se pela construção de um semestre em que três Ensinos Clínicos podem realizar-se sem sequência fixa. Assim, permite-se a

[430] Ensino Clínico de Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica.

> distribuição dos estudantes em três grupos e a consequente diminuição dos locais necessários às experiências práticas." (PLES)

> "As actividades desenvolvidas por cada um dos estudantes não têm que ser necessariamente iguais, embora todas tenham como finalidade o desenvolvimento das competências atrás mencionadas. Tal como os utente, cada estudante como ser único, tem competências à partida diferentes dos seus homólogos e também necessidades de formação específicas. Deste modo, foram planeadas algumas actividades neste EC, diferentes de contexto para contexto e às quais se podem adicionar ou substituir outras, caso se verifique essa necessidade." (3ECESM)

A interacção e a transacção entre o estudante, enfermeiro orientador e docente, inclui momentos de compromisso (Bevis & Watson, 2005), onde se sabe como começa o Ensino Clínico mas não sabe como acaba, pois cada tríade tem uma dinâmica própria (Perrenoud, 1999). Será que os enfermeiros orientadores e os docentes dão prioridade às exigências de aprendizagem do estudante?

> "consoante o contexto, os três actores implicados acordam entre si os momentos de orientação em que o docente está presente." (4ECPPEC)

8.1.1.6 – Educação problematizadora

Centrar a formação no estudante, reflexo do Processo de Bolonha, parece emergir como uma dos enfoques do currículo da ESEL. Assim, a formação sugere centrar-se numa educação problematizadora, quer pelo reconhecimento da autonomia do estudante, quer pelo pensar como forma de raciocínio cognitivo, e não no sentido de doação e de entrega do saber (Freire, 1972). Este é um aspecto valorizado no plano de estudos e num documento orientador de ensino clínico:

> "é valorizada a existência de um perfil de competências e a organização dos planos de estudo tendo a preocupação de centrar o processo de aprendizagem no estudante, promovendo a autonomia e a auto responsabilidade." (PLES)

> "a atribuição dos créditos segundo o Sistema Europeu de Transferência de Créditos (ECTS) é baseada na carga de trabalho (média) que o estudante (médio) deve desenvolver para concluir com êxito uma determinada unidade de aprendizagem, definida em termos de aquisição de uma dada competência." (PLES)

> "suporta-se no reconhecimento, de que o estudante é competente para construir e concretizar um projecto de aprendizagem, que se inscreva no seu próprio projecto de curso, deste modo favorecendo o desenvolvimento de hábitos que lhe permitam ser o principal actor da sua aprendizagem." (3ECESMP)

O aprender ao longo da vida parece surgir como base na competitividade e no conhecimento, potenciando energias, recursos essenciais para a definição de padrões de excelência (Abreu, 2008), e é uma premissa do plano de estudos:

> "este enfermeiro é um profissional de saúde europeu, que age com autonomia e inovação, com responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida." (PLES)

> "aprendizagem autónoma ao longo da vida." (PLES)

8.1.1.7 – O papel da avaliação

No processo de avaliação, o carácter formativo das actividades práticas e dos ensinos clínicos permite uma melhor observação do estudante por possibilitar um contacto contínuo, uma convivência em pequenos grupos e, uma maior proximidade entre estudantes e professor (Kikuchi *et al*, 2012). Este aspecto também estava referido em vários documentos orientadores de ensino clínico:

> "a dimensão formativa da avaliação é realizada sensivelmente a meio do período de ensino clínico, devendo para o efeito ser feito registo da apreciação com base no instrumento de avaliação." (3ECECJP/3ECECJSI)
>
> "o planeamento das actividades, serve de referência, não só ao desenvolvimento da aprendizagem, como à orientação e avaliação formativa." (4ECESCF)
>
> "em casos considerados necessários por algum ou todos os actores do processo, poderá ocorrer mais do que uma avaliação formativa." (4ECPPEC)

A auto-avaliação preconiza uma autocrítica do estudante sobre o seu desempenho, podendo ser realizada individualmente ou colectivamente (Kikuchi *et al*, 2012), e como preconiza o plano de estudos:

> "analisa critica e reflexivamente a sua prática." (PLES)

8.1.1.8 – A integração disciplinar

Relativamente ao desenvolvimento curricular, a ESEL parece caminhar para um currículo de integração disciplinar em que o cuidado de enfermagem se assume transversal ao curso de licenciatura (Mestrinho, 2012), como se constata quer no plano de estudos quer num documento orientador de ensino clínico:

> "sendo as competências resultado da integração de saberes sociais, científicos, éticos, estéticos e outros e, a fim de desenvolver as capacidades de resolução de problemas, a fundamentação de juízos e de soluções preconizadas e a selecção e interpretação de informação relevante, o plano de estudos dá resposta a estes aspectos particularmente nas unidades curriculares integradoras que são os ensinos clínicos e a disciplina Análise de Situações de Enfermagem." (PLES)
>
> "coerência sequencial das unidades curriculares do mesmo domínio." (PLES)
>
> "concorre, a par com outras unidades curriculares, para a integração de diferentes saberes nas suas diversas componentes do saber científico, ético, pessoal, estético e político." (3ECESMP)

Salienta-se a operacionalização curricular, em que a articulação disciplinar terá lugar no Ensino Clínico, como 'aproximação ao terreno', e contendo elementos formativos de grande riqueza diminuindo o desfasamento entre o contexto académico e o da prática dos cuidados (Mestrinho, 2012). Esta visão é partilhada também por um documento orientador de ensino clínico:

> "pretende-se que este documento sirva de orientação a todos os actores envolvidos no processo de aprendizagem, de forma a facilitar a aquisição e construção de um conjunto de competências durante o Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, tendo em conta o plano de estudos." (4ECPPEC)

Resumindo, a recolha de informação sobre o currículo da ESELcentrou-se nos dados que permitissem compreender como é que cada documento (plano de estudo e documentos orientadores de ensino clínico) concebia as competências estruturais do currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem para o ensino da tomada de decisão. Da análise do que foi 'dito' pelos documentos emergiram duas grandes categorias: "considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados" e "trabalhar por problemas", parecendo reforçar a importância dos conhecimentos mas despontando alguma mudança em centrar o ensino na formulação de problemas. No entanto, a pouca incidência pela compartimentação curricular e a flexibilidade para ensinar parecem traduzir que o caminho inovador iniciado ainda tem muito para ser percorrido.

Importa agora situarmo-nos no que os professores 'afirmaram' sobre o currículo e em que medida este possibilita o conhecimento e o pensamento crítico, sustentado num cuidado reflexivo em que a sua tradução é uma tomada de decisão eficaz (Tanner, 2006).

8.1.2 – O que 'afirmam' os docentes

O currículo, como prática desenvolvida através de variados processos e onde se entrelaçam diferentes subsistemas ou práticas distintas, tem no professor o elemento de primeira ordem na concretização desse processo. É evidente que incide sobre o professor não só cumprir as orientações relacionadas com os conhecimentos e outros componentes que se manifestam no currículo, mas também as obrigações para com os estudantes e a sua responsabilidade perante eles (Gimeno Sacristán, 2000).

Neste 'vestir' de interesses, esperanças e sonhos pessoais que o desenvolvimento curricular traduz, existe uma multiplicidade de ideias, preconceitos, imaginação, teorias e criatividade. Apesar dos docentes de enfermagem deterem diferentes ideias sobre o que deve ser o currículo de enfermagem, têm o desejo comum de facultar a melhor formação possível aos estudantes (Bevis &Watson, 2005). Implementar a mudança curricular na recém-criada ESEL requereu dos docentes um acertar de experiências curriculares diversas e o assumir uma direcção única.

Pelo que foi afirmado pelos docentes[431] sobre o novo currículo[432], analisado à luz das competências de Perrenoud (1999), pode constatar-se que a competência 'considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados', foi a mais valorizada como estruturante do currículo com 28% de citações, em similitude com o currículo; seguida da competência de 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' e da 'praticar uma avaliação formativa' com 15% cada; posteriormente surge a categoria 'novo contrato didáctico' com 11% seguida de imediato pelas categorias 'trabalhar por problemas' e 'criar ou utilizar outros meios de ensino' com 10% de representatividade cada; 'orientar para uma menor compartimentação disciplinar' teve 8% de citações e 'adaptar um planeamento flexível, improvisar' teve 3%, mantendo uma importância equivalente à do currículo (quadro 26).

Quadro 26 – Competências estruturais do currículo na perspectiva dos docentes, segundo Perrenoud

Competências estruturais do currículo na perspectiva dos docentes	Frequência por sub-categoria	Percentagem por sub-categoria)
Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados	35	28%
Trabalhar por problemas	13	10%
Criar ou utilizar outros meios de ensino	12	10%
Negociar e conduzir projectos com os estudantes	19	15%
Adaptar um planeamento flexível, improvisar	4	3%
Novo contrato didáctico	14	11%
Praticar uma avaliação formativa	18	15%
Orientar para uma menor compartimentação disciplinar	10	8%
Total de frequência e percentagem por categoria	**125**	**100%**

Numa perspectiva mais detalhada, expomos alguns excertos das entrevistas segundo a categorização que nos serviu de suporte ao longo da análise das mesmas.

[431] Os dados foram recolhidos primordialmente aos docentes do grupo conceptor (DE1F, DE2F, e DE3F), como conceptualmente estruturado, procurando obter informações no modo como planearam o currículo. Todavia, na análise dos dados sobre a implementação do mesmo, o discurso de vários outros docentes incidiu sobre uma apreciação do currículo, como um todo significativo (Streubert & Carpenter, 2013), motivo pelo qual os incluímos aqui.

[432] Considerando o conceito de currículo como definido por Bevis e Watson (2005), em que o currículo é a interacção entre estudantes e docentes, circunscrevendo-se ao ensino e a tudo o que lhe é complementar, este inclui os planos, as finalidades, a filosofia, o conteúdo da disciplina e as estratégias de avaliação. Motivo pelo qual consideramos como 'currículo', no discurso dos docentes participantes, tudo o que dissesse respeito às competências estruturais para o ensino do processo de tomada de decisão.

8.1.2.1 – A importância dos conhecimentos

Parece ter sido dada uma ênfase especial aos conteúdos que iriam preparar os futuros licenciados, pela ESEL, para os novos problemas de saúde, centrado numa abordagem não tão hospitalocêntrica e de acordo com as necessidades da sociedade (Bevis & Watson, 2005), como refere um docente:

> "Essa preocupação lembro-me eu que houve! Que foi o do estudante não entender a enfermagem, logo no primeiro ano, não entender a enfermagem como feita não só no hospital mas haver incursões à comunidade e haver um olhar para a saúde, em simultâneo com um olhar para a doença." (DE2F)

A enfermagem é uma aérea de intervenção social e, como tal, deve estar permanentemente em sintonia com os indicadores dos problemas e necessidades da sociedade. Desta forma, os conteúdos devem responder às necessidades das populações que vão ser servidas pelo programa curricular (Bevis & Watson, 2005) e não ser um 'saco curricular' (Nóvoa, 2009)[433] onde tudo se coloca, com sugerem dois professores:

> "temos que saber da nossa prática, da evolução da saúde, da evolução dos contextos, saber muito bem, ter uma noção de quais são as situações com as quais os estudantes se vão defrontar e que exigências em termos de capacidades e competências essas situações têm e a partir dai que nós devíamos construir toda a formação do estudante." (DE3F)

> "Agora não tenho a menor dúvida que sobre as doenças eu tenho de saber seleccionar sobre o que é epidemiologicamente relevante! Porque senão, se eu quero encher o currículo de tudo, tudo é possível!" (DE4F)

> "Quando o estudante se apercebe da lógica integradora dos conhecimentos que tem que ter claro que ele dá um sentido diferente às coisas!" (DE4F)

> "Quem tem de proporcionar a integração dos conhecimentos são os docentes, na organização do programa. Ai o regente tem que ter muita responsabilidade." (DE4F)

Na identificação dos conhecimentos pertinentes (Morin, 2002b)[434] para o novo currículo, o desenvolvimento da investigação emerge como um deles. Pois, a 'Investigação' como disciplina promove a aprendizagem da metodologia e a procura de uma dimensão intelectual dos cuidados de enfermagem (Amendoeira, 2006a), o que é corroborado por um docente:

> "o que é que eram as linhas gerais que nós achávamos no momento que eram importantes? Portanto, uma delas era a expansão da investigação. Era um dos aspectos! Houve quem defendesse desde o início que a investigação tinha que surgir no primeiro ou no segundo ano, eu própria era uma defensora, para que o aluno começasse a ter rigor na bibliografia que procurava, na forma como problematizava, na forma como fundamentava, pronto! Que tivesse outro olhar. Ainda que não tivesse a fazer investigação, mas consumisse pelo menos investigação na sua aprendizagem." (DE1F)

[433] Segundo o autor, existe um transbordamento da modernidade escolar, onde a escola foi acumulando missões e conteúdos, numa infinidade de tarefas. A nível do currículo, reflecte-se no 'saco curricular' onde se integram todos os conteúdos possíveis e imaginários, bem como todas as competências, num acrescentar sem nada retirar (Nóvoa, 2009).

[434] Ver pág. 180 deste estudo.

Também a unidade curricular de 'História e Epistemologia' foi entendida como essencial para o conhecimento de enfermagem no novo currículo. Como alguns docentes referem, era importante capacitar o estudante para a compreensão do domínio do conhecimento de enfermagem enquadrado no contexto sócio histórico:

> "O outro que também foi pacífico e pensamos logo de início que era muito importante, era ter de facto uma cadeira de enfermagem onde estudássemos coisas que era epistemologia e história. A epistemologia no fundo para estruturar o seu raciocínio e para fundamentar-se nos cuidados de enfermagem, e a história porque no fundo só se compreende o presente olhando para o passado e acho que um grande problema, às vezes dos estudantes, é serem muito pouco críticos, aquilo que os criticam, tem a ver com o não compreenderem o passado tão rápido em enfermagem. Porque eu acho que a história teve um maior impacto nas profissões de enfermagem e de educadores e professores porque foi uma evolução muito rápida da formação e dos contextos também." (DE1F)

> "Não sei se faz sentido com muita gente e eu lembro-me que foi uma das discussões que houve na feitura do plano de estudos, que era perfeitamente pecaminoso não aparecer aqui a história e epistemologia." (DE2F)

> "no contexto de História e Epistemologia é na promoção de um raciocínio de enfermagem! Isto é, levar os estudantes a serem capazes de construir, com base nos teóricos, aqueles que escreveram sobre enfermagem, construir um argumento argumentativo que lhes permita explicar aos outros o que é ser enfermeiro e qual a natureza das suas intervenções." (DE10M)

O ensino da 'Ética' parece surgir no seguimento das orientações do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2006), transpondo os limites de uma unidade curricular teórica, num determinado semestre ou ano, para ser parte integrante do ensino teórico (Sousa Pacheco, 2009; Waldow, 2009b) ao longo dos dois primeiros anos de formação, na ESEL, como concordaram dois docentes:

> "outro aspecto que tivemos também intenção, foi o conjugar, foi o dar maior valorização à ética que já surgia nos programas anteriores, mas sem dúvida que ela precisava de ter outra valorização para os alunos na sua tomada de decisão poderem ter em conta que muitos dos problemas são problemas complexos e que implicam uma análise baseada nos princípios da ética e até na forma de pensar ético." (DE1F)

> "eu penso que todas as disciplinas são importantes, É preciso haver ética, não é? Para saber tomar decisões." (DE2F)

A unidade curricular 'Análise de Situações de Enfermagem', outra das unidades consideradas inovadoras e pertinentes do currículo, procura capacitar o estudante para numa lógica integradora dos conhecimentos desenvolver o julgamento clínico e a tomada de decisão. Este aspecto foi valorizado por três docentes:

> "a análise de situações. Fizemos uma proposta, e de facto sobreviveu e a análise das situações seria a integração a outro nível que seria a integração de duas disciplinas." (DE1F)

> "a única coisa digamos que se conseguiu manter como uma unidade um pouco diferenciada foi a análise de situações! Foi a única que se conseguiu manter apesar de não ter sido bem entendida com aquilo que se pretendia." (DE3F)

> "também me parece mesmo que o plano de estudos, que não parece que esteja, se calhar, nalgumas coisas poderá ajudar está a desenvolver esta competência para decidir. Por exemplo, umas das tais disciplinas de ASE que até estão repetidas ao longo do curso, portanto, como eles têm de analisar situações, eles supostamente têm de fazer este caminho." (DE8F)

A importância do 'Ensino Clínico' é assumida por alguns dos professores como um meio significativo de aprendizagem da tomada de decisão. Tal deve-se não só as condições de aprendizagem da prática de enfermagem em contexto real mas, em simultâneo, ao ensino numa vertente mais privada e pessoal como é desenvolvido (Price & Harrington, 2013), como referem dois docentes:

> "quando o aluno fosse depois para o ensino clínico, ele tinha de saber integrar ao nível da disciplina ao nível das várias disciplinas ou saberes, como lhe quiser chamar, e depois então fazia a sua reflexão, eu penso que facilita imenso o processo de tomada de decisão, pois os contextos de ensino clínico são mais complexos." (DE1F)

> "a quantidade de ensinos clínicos que o estudante tem, que é confrontado com situações reais, em que, ele quer queira, quer não, tem que tomar decisão e portanto ele há várias experiências que estão montadas, digamos assim, caminhos que o estudante tem de percorrer obrigatoriamente, ao longo do plano curricular que o obrigarão a esta tomada de decisão, isso eu não tenho dúvida." (DE8F)

A existência de várias unidades curriculares denominadas de 'Opção' parece, por um lado, responder a uma complementaridade de saberes que o enfermeiro no contexto de cuidados actual deve ter. Por outro, reforça a centralidade do estudante na sua formação, em que ele tem capacidade de decisão sobre a construção do seu currículo.

> "o quarto ano centra-se muito na comunitária e nesta história da monografia e no estágio de opção." (DE2F)

> "ainda por mais nós tivemos uma opção em termos do segundo ano que é, as aulas são ministradas em termos de diagnósticos de enfermagem da NANDA[435]." (DE7F)

Um dos professores parece sintetizar as novas unidades curriculares no plano de estudo da ESEL da seguinte forma:

> "Foi o conseguir-se uma historia e epistemologia durante duas disciplinas e mesmo assim tivemos que lutar ao todo ai uns quatro ou cinco ects para irem para outras disciplinas (…), em termos de inovação! Pois foi essa história de historia e epistemologia ficar dois anos, eu penso que nem todos tinham investigação também dois anos, dois anos quer dizer, uma I e uma II, foi as opções em todos os anos menos no quarto porque o quarto já de si é quase todo uma opção, e foi a Análise de Situações de Enfermagem." (DE2F)

O desenvolvimento da competência de tomada de decisão deve ser deliberadamente desenvolvido e ensinado desde o início do curso. E reforçado por uma certificação explícita do seu ensino, quer na componente teórica do currículo, quer em ensino clínico (Baxter &

[435] Taxonomia dos diagnósticos de enfermagem elaborada pela Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association). No entanto, depois de 2002, pelo seu desenvolvimento passa a uma organização internacional, deixando de estar situada exclusivamente na América do Norte.

Boblin, 2008). Contudo, tal parece não ter acontecido no currículo do CLE da ESEL, tendo em conta que o próprio currículo não o tem explícito, como vimos anteriormente[436]. A tomada de decisão parece ter sido assim ensinada de forma inexplícita ou inexistente, como expõem alguns docentes:

> "os alunos pouco aprendem da tomada de decisão." (DE1F)

> "Porque eu acho que o plano de estudo ai é muito limitado ou quer dizer, com este plano de estudo se tu quisesses dás o plano de estudo e nem tocavas na tomada de decisão. Eventualmente tocarás porque está ao lado de outras competências, mas pronto, não é uma coisa relevante." (DE2F)

> "se o estudante não sabe anatomia ou não sabe patologia, se o estudante não sabe ou não tem uma ideia se o estudante não sabe patologia se calhar não tem muita condição de tomar uma decisão, se levanta ou não levanta este doente, porque o médico que diga, porque eu não sei se ele se pode levantar, ou o fisioterapeuta que diga." (DE2F)

> "Estava eu, portanto, a dizer que a tomada de decisão sempre aconteceu, não foi nunca ensinada com uma grande preocupação conceptual dos docentes." (DE4F)

Os docentes falam de competências, de tomada de decisão e de como gostariam de ensinar esses conteúdos, mas não parece que lhe dêem essa importância na operacionalização do currículo. Tal parece tornar-se num currículo nulo, como Bevis e Watson (2005) denominam, por ser um currículo que não existe para além dos corações e das mentes dos docentes:

> "até pode ter havido, mas eu não me lembro da tomada de decisão ser uma coisa presente nesta decisão do plano de estudos porque como te digo, houve muitas outras preocupações em torno da feitura deste plano de estudo." (DE2F)

> "em termos de tomada de decisão eu acho que as preocupações aqui ao nível do nosso currículo situavam-se a outros níveis." (DE2F)

> "acho que o currículo em si não aponta nada para a tomada de decisão, o currículo em si não! Quanto muito, daquilo que podemos encontrar é algumas competências que estão descritas como necessárias e que a nosso ver, a meu ver, podiam ter sido utilizadas no desenvolvimento das unidades curriculares, não tanto no currículo (…) Mudar para um currículo por exemplo, baseado em competências em que essa seria, podemos considerar, como uma capacidade fundamental, que é da tomada de decisão penso que não, não foi para a frente, não se conseguiu." (DE3F)

> "não há tomada de decisão, quer dizer não há tomada de decisão centrada no cliente, há decisões, há vigilâncias dos processos de doença, ponto final!" (DE4F)

Embora a aquisição da competência de tomada de decisão não esteja explícita no currículo, um docente reforça positivamente o enfoque pedagógico para a sua aquisição. Mas será que os docentes conseguem mobilizar aspectos e questões que apoiem esses desejos educativos (Bevis & Watson, 2005)?

[436] Ver pág. 261 deste estudo.

> "frequentemente a gente não põe lá como o resultado esperado daquela acção, daquela aula, que o estudante treine a tomada de decisão (…) Não porque o tema da tomada de decisão não o considere importante ou nunca tenha pensado nele, mas pensando: «Realmente, na nossa prática pedagógica trabalhamos imenso esta questão. Só que não lhe pomos lá o nome»." (DE8F)

> "Não pomos o nome, de todo. Não está muitas vezes explicitado como resultado esperado para aquela prática, ou para aquela sessão, mas trabalha-se bastante." (DE8F)

A própria reflexão que a temática suscitou sugere a consciencialização de um discurso retórico que parece não ter correspondência na prática do ensino da tomada de decisão aos estudantes de enfermagem, como espelha o discurso deste docente:

> "A tomada de decisão é portanto, uma assumpção de autonomia profissional. Concordo em absoluto que se calhar essa é uma área de falha. Aliás, eu quando pensei um bocadinho na entrevista, e olhando para o guião, pensei isso mesmo. Pensei que era suposto que o curso de licenciatura nos trouxesse, ou trouxesse aos estudantes, uma maior capacidade nesta esfera, que seria de todo desejável, não é? Que ele saísse daqui com ferramentas que pudesse usar ao longo da vida para aprender muito mais daquilo do que aprende aqui, ao longo da sua vida. E, por acaso, dei comigo a pensar, não sei se consegue efectivamente isso. Se calhar algumas vezes consegue e outras não, pronto, mas não conseguindo neste momento ter uma visão prismática e uma visão do produto final." (DE8F)

> "Portanto, o que é que eu faço? É que eu andei a pensar em função do guião, essas coisas fazem-nos bem! Obrigam-nos a pensar um bocadinho e então (…) Fiquei a pensar «o que é que eu, como regente, que instrumentos eu dei ao estudantes, para, na disciplina, que é nesse universo a que me estou a reportar, provocar a tomada de decisão e ajudá-los a que esta fosse…». E depois comecei a pensar: «realmente, o que é que eu fiz?» " (DE8F)

Reflexão que parece originar alguma determinação de mudança relativamente aos conteúdos sobre a tomada de decisão em enfermagem, como apresenta um docente:

> "E portanto, agora se isto foi dado com a intencionalidade de os ajudar na tomada de decisão, não posso dizer que sim. Se ajuda, penso que poderá ajudar, porque se eles estão a reflectir sobre formas outras que não seja a escolarização da formação contínua ou permanente, como lhe queiras chamar, ou da formação em serviço. Se eles estão a reflectir sobre isso, muito possivelmente vai ajudá-los a tomar uma decisão para aprovar determinado tema numa unidade de cuidados quando eles forem enfermeiros. Agora que a intencionalidade tenha sido essa, não foi mas se calhar para o ano já é!" (DE2F)

A mudança de papel do professor, que Perrenoud (1999) preconiza num ensino por competências, parece encontrar algum eco no discurso de um docente ao enfatizar as ligações de raciocínio para a integração do conhecimento, em detrimento do domínio da organização dos conhecimentos na mente do estudante. Esta lógica construtivista, estimula a construção do conhecimento mais do que a aquisição desse mesmo conhecimento (Costa, 2007).

> "aquilo que mais valorizo que é: o estudante entender para que é que serve o conhecimento, como utilizá-lo, usá-lo e deixá-lo do ter tanto em gavetas. Saber seleccionar os conhecimentos importantes e organizá-los. Chama-se conhecimentos importantes àqueles que também são transferíveis." (DE3F)

As percepções da prática de enfermagem adequadas aos problemas de saúde e uma aprendizagem focada nos estudantes, parece servir de base a uma proposta de mudança curricular, ao nível dos ensinos clínicos. No entanto, a discrepância do discurso de dois

docentes, um num tempo passado e outro no presente, mas em negação, sugere-nos algumas interrogações. Será que os docentes conseguiram adequar a aprendizagem dos estudantes aos contextos da prática clínica? Terá a equipa docente discutido os problemas de saúde e a melhor forma de promover a sua aprendizagem pelo estudante? Terão os docentes uma prática pessoal do uso dos conhecimentos na acção?

> "outro aspecto em que havia uma ideia negativa do grupo de que as unidades curriculares deveriam ser estruturadas de outra maneira, sobretudo no que se considera na teoria e no ensino clínico, porque considerávamos que o aluno necessitava de ter contacto com o exercício da profissão nos contextos onde se faz o exercício da profissão. A nossa ideia era que o ensino clínico até ao terceiro ano era uma forma de integrar. A enfermagem tinha aulas teóricas teórico práticas e de prática laboratorial, tinha o dito estagio e a tutoria e fazia desta forma a relação do que estava a aprender e aquilo que estava ou observada e experimentava, eram as duas coisas, um dia por semana mas por incursos." (DE1F)

> "temos que saber da nossa prática, da evolução da saúde, da evolução dos contextos, saber muito bem, ter uma noção de quais são as situações com as quais os estudantes se vão defrontar e que exigências em termos de capacidades e competências essas situações têm e a partir daí que nós devíamos construir toda a formação do estudante e nós não temos isso feito." (DE3F)

8.1.2.2 – Trabalhar por problemas[437]

Esquematizar o currículo por 'situações problemas', umas elaboradas com fins muito precisos, outras emergindo de forma menos planeada nas quais o docente sabe aonde quer chegar, o que quer trabalhar, num caminho de lógica de fazer aprender (Perrenoud, 1999) parece ter norteado o plano de estudo da ESEL, como referem alguns docentes:

> "tínhamos várias unidades curriculares, mas a enfermagem tinha vários problemas! E os problemas eram estudados segundo as perspectivas das várias unidades curriculares e aprofundando aquilo que era necessário saber, sobre a farmacologia (…) fomos à bibliografia e vimos: - Doença crónica! O que caracteriza a doença crónica. Quais sãos os grandes problemas transversais a todas as doenças crónica? E estudamos esses problemas! (…) Estudávamos os problemas, por exemplo a dor; a aceitação da doença; o papel parental, o papel familiar, as alterações dos papéis, aliás, a imagem corporal, também tinha um sobre a imagem corporal, mais de auto-imagem, sim; a astenia, o cansaço e a perda de papéis. Quer dizer, depois a perda de papéis, era uma consequência de (…) Estudou-se tudo aquilo, agora não me lembro de mais problemas, mas estudou-se a fundo." (DE4F)

> "é por ai que eu acho que temos de orientar as cadeiras nas escolas, técnica de resolução de problemas." (EO6HF)

Numa educação problematizadora (Feire, 1972), espera-se que o estudante, relativamente a um problema extraído da realidade, pelo seu olhar crítico e pelos conhecimentos adquiridos, possa construir uma explicação que, mesmo já existente, passe a ser a sua explicação para o fenómeno (Garanhani *et al*, 2012). Na ESEL, este princípio parece ter sido aplicado numa procura de que o estudante objective não só os problemas estudados

[437] Pretende-se considerar aqui as 'situações problema' como conceitos estruturantes do currículo na promoção da tomada de decisão do estudante de enfermagem e não como uma das etapas do processo de tomada de decisão (INASCL, 2011), nem como uma prática pedagogia (Valiga, 2009), o que será desenvolvido mais à frente.

mas que também seja capaz de explicar o processo pelo qual chegou à resolução (Garanhani *et al*, 2012). Esta perspectiva está patente nas narrativas de três docentes:

> "isso podia contribuir na medida em que o estudante estuda mais mas também pode-se confrontar com a reflexão que faz com o professor, especialmente nas TP o que ajudaria imenso à tomada de decisão (…) operacionalizamos isso nesse sentido. Portanto, utilizamos as TP sobretudo para estudos de caso, que não são casos, são mais estudo de situação portanto são casos muito abertos, semanais e também reflexões sobre vídeos que estão ligados à temática vimos isso acontecer. Portanto, que o aluno estudava e gastava muito mais tempo do que nós e vinha confrontar as decisões tomada e ponha questões, colocar as questões era importante mais até do que ter resolvido a situação, era o vir questionar, colocar as suas questões e as suas hipóteses de resolução." (DE1F)

> "esta a ideia era deixar que o estudante pense naquela solução imediata que é dada e que veio da solução das 'NANDAs' e de outras coisas assim, não é? E que pensasse mais pela cabeça dele e que dissesse soluções inovadoras, também." (DE3F)

> "se o que estamos a fazer vai de encontro às necessidades das pessoas? Nós estamos mesmo a trabalhar para aquelas pessoas? Ou criamos um chavão, protocolo que assenta em todos?" (DE6F)

O pensamento crítico, e o questionamento característico que o suporta (Alfaro-LeFevre, 2013), deve permitir ao estudante deixar a primazia de um raciocínio dedutivo, onde só estrutura e especifica o conhecimento já adquirido, para uma lógica de raciocínio indutivo numa generalização da experiência de casos particulares, como parece defender um docente:

> "É também passar de uma micro estratégia de cuidados, se é que eu possa dizer assim, para uma macro estratégia. É deixar de ter o cuidado no imediato e ser capaz de o ver a longo prazo. São mudanças de pensamento que eu acho que é fundamental fazer mas que não estão a ser feitas! Os estudantes sabem planear para aquele dia, para aquela hora, para aquele momento, não vêem a longo prazo." (DE3F)

> "já está na hora de, também orientar os alunos para outros modelos de pensamento que não o analítico. Portanto, se calhar muita escrita, muita reflexão crítica, muita reflexão crítica, sim, mas depois vamos um bocadinho mais longe. Até porque aquilo que eu acho importante é a tal construção de modelos de pensamento. Saberem organizar a informação." (DE3F)

Num ambiente de ensino onde se privilegia o cuidado, os elementos envolvidos no processo, docente e estudante, tornam-se seres de cuidado (Waldow, 2009b). Ser de cuidado, segundo a autora, é considerada a pessoa que demonstra comportamentos e atitudes de cuidado nas suas acções, seja consigo própria, seja com os outros e com o meio ambiente envolvente, como fundamentou um docente:

> "tomar conta do meu corpo e a controlar o meu corpo, o meu conhecimento, as minhas características, usar-me positivamente em prole daquela pessoa e eu a tomar conta, a controlar, a ver, a monitorizar o corpo do outro. Só há cuidado de enfermagem quando eu sou capaz de fazer isto, em simultâneo!" (DE4F)

> "a família de situações é importante, para que a tal tomada de decisão seja informada e centrada no cliente. Portanto, desde de longa data que para mim, o cuidado de enfermagem, segundo a Watson, era sempre o conhecimento." (DE4F)

A interacção existente entre os participantes no processo de cuidados, seja em ambiente teórico (docente e estudante), seja em ambiente de prática (enfermeiro, estudante e utente), pressupõem uma atitude conduzida pela cooperação, pelo diálogo e pela empatia (Bevis & Watson, 2005). Este pressuposto foi enfatizado por quatro docentes:

> "eu acho que o facto de tu estares com os mesmos alunos semanalmente, ir ajudando a discutir e a reflectir o aluno considera-o como docente e confia no professor, não é? E estabelece uma relação de docente-aluno." (DE1F)

> "os alunos dizem é que confiança, a relação de confiança é sobretudo em ensino clínico, porque na teoria é a relação normal de professor-estudante." (DE2F)

> "uma coisa é a minha condição de poder cuidar daquela pessoa com toda a humanidade e todo o respeito que ela merece e quando eu falo nisto é se inclui não apenas a intenção e a intencionalidade, sensitividade que implica conhecimento, e portanto, é um bocadinho mais do que a própria sensibilidade, que é só mais a nível da empatia." (DE5F)

> "dado o conjunto de informação que lhe é dada e de outra que ele pode questionar ao professor, ele terá que tomar nem que seja uma pequenina decisão." (DE8F)

8.1.2.3 – (Re)criar meios de ensino

Também no discurso dos docentes, tal como referenciado no plano de estudos, parece emergir na ESEL o preconizar da elaboração de diários onde o estudante narre a sua experiência e reflicta sobre ela.

> "a utilização dos diários de aprendizagem, por exemplo, também é uma coisa que também pode ajudar os estudantes a reflectir sobre a tomada de decisão, as tais analises de prática, reuniões de analises de prática em que também pode discutir isso." (DE2F)

> "os diários de aprendizagem. Toda a documentação que o estudante tem que escrever é muito importante! E é muito importante em primeiro lugar porque cada vez que escrevemos uma coisa pensamos muito! A gente pensa menos a falar do que a escrever! E portanto, o estudante quando se senta para escrever mesmo que escreva menos, se quisermos, provavelmente diz mais do que em muita 'converseta'! Porque ele é obrigado, ainda por cima porque nós procuramos que nos diários de aprendizagem siga um determinado raciocino, ele é estimulado a fazer esse raciocínio! E a pensar sobre aquilo que aconteceu!" (DE10M)

O pensamento, numa base construtivista, deve estar em constante interacção com o conhecimento existente e com experiências de aprendizagem. Aprender, de uma forma inovadora e constantemente, parece ser um objectivo relevante, na perspectiva de três docentes:

> "com o mesmo plano de estudo podes ter uma atitude completamente diferente com o estudante na perspectiva da tomada de decisão." (DE2F)

> "Mas também é verdade que há coisas que têm que ser dadas. E dadas, mete entre aspas, eu não estou a dizer que tenham que ser dadas em sala de aulas pelo professor. Mas tem que haver algum contacto com o professor ou tem que haver trabalho encomendado, seja o que for." (DE2F)

> "havia muitos modelos antigos, uma transmissão de muito conhecimento inerte, fica ali inerte, imobilizado. Portanto, nesta unidade curricular o que eu gostaria mais era que os estudantes construíssem, não sei se lhe poderei chamar modelos? Talvez modelos de construção." (DE3F)

> "eu este ano, por exemplo, sugeri aos estudantes que estavam comigo que fizessem um cronograma de cuidados. Era uma coisa que se podia fazer. Com as situações que tínhamos que fizessem um cronograma, o que é que é primeiro, o que é que é depois." (DE3F)

> "em termos de metodologia não tem que ser da ASE [Analise de Situações de Enfermagem], tem que ser é a equipa a encontrar uma maneira de modo a que o estudante faça a integração de conhecimentos!" (DE4F)

Momentos-surpresa para criar ligações com os conteúdos e serem mais facilmente mobilizados pelos estudantes parecem seguir, como inovação (Waldow, 2005) nas palavras de um docente:

> "outro é também em sala de aula, trazer momentos-surpresa! Pela mesma questão multissensorial! Mas pela mesma questão é porque acredito que estes momentos-surpresa tenham peso suficiente para ficar registado sem esforço de memória, sem esforço, apesar de eu também achar que o esforço da memorização também é relevante. Acredito que estes elementos surpresa podem ajudar mais à frente no recordar dos conteúdos e portanto, fazer depois um ponto de reflexão crítica a cada intervenção." (DE9F)

Igualmente, esta dimensão de competências implica um enfoque do docente para além da aquisição de conhecimentos, na interiorização e apropriação de novo conhecimento (Costa, 2007). Será que os docentes conseguiram libertar-se da relação 'métrica' entre avaliação dos estudantes e o seu desempenho? Sobre esta problemática, um dos docentes referiu:

> "eu só sou um bom professor quando os alunos têm muito boas notas. Ou seja, eu revejo a minha qualidade de ensino nas notas dos meus estudantes." (DE3F)

Contudo, parece que os docentes sentem alguma dificuldade em estabelecer outros métodos de ensino, além dos que estão habituados a realizar. O centrar a aprendizagem no estudante parece, assim, um discurso retórico entre o que defendem e o que praticam. Terão os docentes reflectido sobre as suas práticas pedagógicas de modo a desenvolverem a aprendizagem do estudante? Um docente fez o seguinte enquadramento:

> "O saber distinguir qual é a informação urgente a pedir hoje. Hoje, nesta primeira consulta de enfermagem o que é que eu tenho de saber? O que é que posso saber na próxima porque não posso cá ficar durante duas horas com o cliente? Não são capazes de fazer isto! Eu acho que há outra vez, estão muito formatados com um tipo de ensino!" (DE3F)

> "eu não devia dizer isto, mas eu acho que o corpo docente de um modo geral falha bastante em termos pedagógicos, não conhecem! Portanto, como é que podem mudar em termos de métodos pedagógicos, de métodos de aprendizagem e isso, se conhecem pouco?" (DE3F)

> "formação, a meu ver, dos enfermeiros, hoje em dia, claro que não é a única solução, não estou a dizer que é, mas devia valorizar-se mais o estudante ser construtor do seu saber. E isso pode ser feito de várias formas, não há um único método." (DE3F)

> "E quando não tenho tempo para dizer, mando-os estudar! E então digo que as horas de trabalho autónomo são para comportar as minhas falhas de tempo! Exactamente! É isso mesmo! O conceito de trabalho autónomo de estudantes é uma coisa, é um susto! Um susto! Porque nem sequer é o simples pensamento de que se eu dou uma hora de aula teórica o estudante precisa de uma ou duas horas para estudar aquilo que eu digo! Não! Eu tenho uma hora de contacto e depois hora de trabalho autónomo é para o estudante estudar outro assunto não é para estudar aquele sobre o qual eu dei teoricamente as linhas gerais." (DE3F)

8.1.2.4 – A tónica dos projectos

O projecto, enquanto fenómeno mental e intelectual (Barbier, 1993), possibilita uma estratégia de ensino eficaz, orientando o docente para o desenvolvimento dos seus estudantes através do pensamento crítico (Garanhani *et al*, 2012). As representações[438] que produzem o projecto estão directamente relacionadas com representações relativas a experiências anteriores (Barbier, 1993), e exige a valorização dos conhecimentos prévios do estudante, como incorporação de novos elementos apreendidos (Garanhani *et al*, 2012), aspectos valorizados nos discursos de docentes e um orientador de ensino clínico:

> "no quarto ano a última parte (…) nós tínhamos planeado que eles escolhessem, fizessem um projecto e isso pelo que eu percebi, está a ser operacionalizado." (DE1F)

> "este ano introduzimos, também um pouco à custa do curso de supervisão, um trabalho dentro do ensino clínico que era projecto de aprendizagem." (DE7F)

> "o projecto de aprendizagem, nós introduzimo-lo de forma a que ele fosse um projecto deste ensino clínico, não é? Um projecto de aprendizagem durante o ensino clínico ao adulto e idoso. Portanto, o que é que nós pedimos as estudantes? Que eles no final da segunda semana de ensino clínico, nos entregassem um projecto onde colocariam a área em termos de eixos de competência, portanto há três eixos de competência, não é? Para cada um dos eixos que fizessem um desenvolvimento daquilo que gostariam de desenvolver em termos de competências." (DE7F)

> "embora já tenhamos tido experiências engraçadas de projectos, que o projecto pode ser muito importante na orientação para tomada de decisão!" (EO6HF)

O papel do docente parece ser também representado, através dos projectos, a criação de condições para que o estudante questione os seus conhecimentos e vivências e construa um novo conhecimento (Garanhani *et al*, 2012).

> "eles no princípio tinham alguma dificuldade, tiveram alguma dificuldade em fazer o projecto, porquê? Porque para eles, desde a introdução ao serviço, a tudo o resto, quer dizer coisa muito gerais, eu disse-lhe: «Não, isto não interessa, porque as coisas gerais já estão no documento orientador, agora o projecto é algo que vocês querem mesmo investir, querem desenvolver»." (DE7F)

> "uma estudante que desde o princípio desenvolve todo o seu projecto no âmbito do respeito pelo outro e todo o seu percurso em termos dos cuidados ao doente, tem uma preocupação latente das questões éticas, deontológicas." (DE7F)

[438] Consistem em realidades que se relacionam com objectos, são independentes deles, e se desenvolvem na ausência da realidade que lhes deu origem (Barbier, 1993).

Argumentar permite desenvolver competências de comunicação, ou de metacomunicação, através de capacidade de análise e fundamentação perante as questões encontradas (Perrenoud, 1999). Corroborando com esta opinião, Alfaro-LeFevre (2013) defende que o enfermeiro deve ser um comunicador efectivo, em que consegue expor com toda a clareza as suas ideias perante os outros, independentemente dos sentimentos e das circunstâncias. Terão os docentes promovido a diversidade e as diferenças nas discussões para os estudantes desenvolverem as competências de comunicação? Sobre esta temática argumentaram:

> "é muito importante para mim que eles, quando formam grupos de trabalho, percebam as potencialidades de cada um no grupo. Não interessa trabalhar com bons colegas se eles não trouxerem a mim e eu não levar a eles." (DE6F)

> "no final da segunda semana entregava o projecto de aprendizagem que discutia com o respectivo orientador, que discutia com o docente da escola e que no fundo era um documento norteador da aprendizagem." (DE7F)

> "em sala de aulas! Em que os estudantes tinham de encontrar os argumentos, a favor ou contra, baseados no conhecimento em enfermagem. Isso é um exemplo! Portanto, tinham que construir uma estrutura argumentativa que dissesse porque que aquelas pessoas podiam fazer determinadas intervenções ou não podiam, ou em que condições o poderiam fazer." (DE10M)

Um dos docentes especifica as Unidades Curriculares, onde, na sua opinião, o estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEL desenvolve a capacidade de argumentação:

> "em História e Epistemologia, o debate de ideias é fundamental e portanto, aí a construção da argumentação é do estudante! Orientados, evidentemente! Mas o que se pretende é que o estudante seja capaz de construir a sua argumentação! E por isso gastávamos muito tempo a debater. Mas a debater como? A debater algumas coisas que entendíamos que na altura (…) tivesse uma relação com acontecimentos contemporâneos." (DE10M)

> "na disciplina de História e Epistemologia, mais do que dar aulas teóricas embora também seja importante dar aulas teóricas, não é? É importante que dar a possibilidade ao estudante de construir a sua estrutura argumentativa, defendê-la e debatê-la, ouvir a opinião dos outros. Com isso, nós de algum modo, garantíamos a necessidade da fundamentação, porque para eu argumentar eu tenho de fundamentar!" (DE10M)

> "nos Ensinos Clínicos passa também pela argumentação, pelos planos de cuidados que são feitos, pelos documentos que se produzem." (DE10M)

O conhecer o estudante e manter uma relação pedagógica de confiança permite estabelecer com ele projectos adequados ao seu desenvolvimento e às suas capacidades, de modo a estimular a sua evolução. Alguns docentes teceram algumas considerações sobre este aspecto:

> "O meu grupo fez uma discussão inicial com que eu me identifico a 100% que foi mantermos turmas atribuídas aos docentes, eu considero que quando temos temáticas a dar a diferentes turmas estamos a trabalhar à tarefa. Nós temos alunos, alunos! O nosso foco é o aluno portanto não me revejo nada a dar temas a várias turmas." (DE1F)

> "tinha um contrato com os estudantes que era: quem começasse um trabalho por «no âmbito da unidade curricular tal foi-me proposto a realização de um trabalho». Quem escrevesse isso, eu já não lia o trabalho! Eu devo ter lido isto bem, não sei quantas centenas de vezes. Eu tinha um contrato, quem começar um trabalho assim, eu não olho." (DE3F)

> "muitas vezes se foram buscar estes projectos de aprendizagem para tentar guiar a aprendizagem naquele sentido." (DE7F)

A avaliação parece surgir com base no acordo entre estudante e professor, pois os projectos são negociados entre os dois elementos participantes (Perrenoud, 1999), como concordaram dois docentes:

> "O trabalho do estudante é avaliado pelas formas que foram discutidas com o prof., não é? Agora como é que ele utiliza esse tempo que tem, o problema é dele! Até pode ir para o cinema e depois estar ali a estudar. Ia a dizer, a marrar, mas isso também já depende do que é que tu lhe vais exigir." (DE2F)

> "como estamos a falar do segundo ano, é muito difícil trabalhar, na altura em que eu participo, por projecto. Ou seja, conhecer formalmente o projecto de um aluno, em sala de aula. Quando a gente detecta, quando detecto que há um interesse muito grande, pessoal às vezes mais do que outro, às vezes mais do que propriamente académico mas depois interligam-se, faço desse interesse em termos de projecto." (DE9F)

Os docentes parecem incentivar os estudantes a assumirem a responsabilidade de sua própria aprendizagem (Mestrinho, 2012), ancorada num modelo de projecto. Despertar nos estudantes o carácter intencional da formação, através do qual fazem uso sistemático da informação, conhecimentos e pensamento crítico que desenvolvem, vai permitir-lhes alcançar o estado ideal que ambicionam (Barbier, 1993), a capacidade académica para a profissão de enfermagem (Garanhani *et al*, 2012), como narrou um docente:

> "eu sei que os estudantes são diferentes, têm ritmos de aprendizagem diferentes. Eu depois aí também modifico um bocadinho, mas tenho sistematizado até àquela segunda semana, o tem que responder a determinadas questões e objectivos, de âmbito mais geral, mas tem de tomar decisões até do seu próprio comportamento, de assertividade." (DE9F)

> "que o estudante seja chamado a participar na programação da unidade, mas de uma forma muito controlada porque, é o possível. Então a forma controlada passa por dar mais importância ou pelo menos, abordar mais aprofundadamente determinada matéria (…) Portanto, dá-se a mesma a matéria, dá-se os mesmo conteúdos simplesmente o foco é aquele que nós imaginamos que aquele grupo está muito interessado. Ou mais interessado, pessoalmente. Pronto, é um bocadinho assim! Ir ver o que sair nos últimos artigos e coisas que nós sabemos que pode justificar mais o interesse e mais tarde terem mais conhecimento para tomarem decisões." (DE9F)

8.1.2.5 – Adoptar um planeamento flexível

Um currículo que é planeado com imenso pormenor é opressivo tanto para os docentes como para os estudantes, pela sua própria essência. O currículo definido de um modo rígido é sentido como a forma segura de proceder e de preparar os estudantes para a prática de enfermagem (Bevis & Watson, 2005). No entanto, na ESEL parecem emergir alguns momentos de flexibilidade girando a aprendizagem em torno das características,

necessidades e particularidades dos estudantes. A capacidade de negociar, de ouvir as opiniões dos estudantes e levá-las em conta, parece existir não só por ser uma atitude democrática, mas porque a divisão do poder é um modo de os implicar na aprendizagem (Perrenoud, 1999)[439], pensamento também verbalizado por um docente:

> "Vou dando [«feedback»] e mais, altero conteúdos em função disso! Às vezes altero conteúdos, mas digo que altero! E digo que altero e porquê (...) Já alterei! Ao ponto de retirar conteúdos!" (DE9F)

A própria selecção das 'situações problema' parece resultar de uma adequação ao grupo de estudantes em que o professor deve saber extrair o essencial e ter a percepção dos conhecimentos chave a adquirir (Perrenoud, 1999), aspecto com o qual um professor concordou:

> "são situações fabricadas, digamos, ou quer dizer, isto também vai depender porque cada equipa é livre de fazer esta análise de situações à sua maneira, não é? Não é obrigatório fazer-se todos de igual, não é? Mas penso que é uma disciplina pelo menos aí houve uma preocupação muito clara que era de conseguir, ou pelo menos de ajudar o estudante a fazer a integração dos conhecimentos do ano." (DE2F)

O currículo parece surgir como um projecto em construção em que a aprendizagem, as experiências dos estudantes e dos professores se desenvolvem alicerçadas na auto-reflexão, autoformação e no pensamento crítico (Mestrinho, 2012):

> "aquilo que aconteceu como sempre é depois cada regente foi para a frente com o que pensa (…) digamos, a autonomia dos docentes que é depois poderem também organizar a unidade curricular ao seu modo." (DE3F)

> "Passa por alguns terem decidido que determinado tipo de orientação não acatavam, simplesmente. Outros que lhes foi dito «olha, vejam este texto, este texto é fundamental. Comecem por estes, porque depois os outros». Houve grupos que simplesmente resolveram, ou porque não gostaram do texto, ou porque perguntaram na orientação, decidiram fazê-lo de outra forma." (DE8F)

Se parece existir uma preocupação de ajustar o ensino de enfermagem às vivências dos estudantes, será que um planeamento muito pormenorizado e pouco flexível detém a primazia no ensino de enfermagem da ESEL? Terá o currículo da ESEL sinais de opressão e sinais de libertação (Bevis & Watson, 2005)?

8.1.2.6 – Educação problematizadora

O despertar crítico que a liberdade do ensino centrado no estudante promove, permite-lhe a oportunidade de se actualizar e de utilizar mais plenamente o eu como recurso no processo de cuidar (Bevis & Watson, 2005). Os aspectos relacionais do cuidar no ensino de enfermagem estão assim centrados na preocupação da relação, na responsabilidade, mutualidade, reciprocidade, intersubjectividade, seja entre o docente e o estudante ou entre o

[439] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2005).

estudante e o utente. Será, como questionam Bevis e Watson (2005) que é libertadora e reflexiva esta relação que se deve estabelecer entre estudante e docente?

> "onde se falou mais disso foi em termos da monografia (…) portanto a ideia era uma metodologia muito ao estilo. Provavelmente isso devia ter ficado expresso e quer dizer, para nós esta expresso, no plano de estudo, mas as pessoas não o entenderam assim, que é os estudantes olharem para o que fazem. Olha, e para as tomadas de decisão que tomam." (DE2F)

Parece estar subjacente um papel do estudante como crítico, criativo e activo, agindo como protagonista no seu processo de aprendizagem (Garanhani *et al*, 2012). A autonomia do estudante implica uma autodisciplina e uma proactividade, em antecipar consequências e planear preventivamente as intervenções, revendo a sua tomada de decisão (Alfaro-LeFevre, 2013). Terão os estudantes sentido a responsabilização pela sua formação? A esta questão dois docentes argumentaram:

> "a discussão que estava no outro dia com X, como é que uma pessoa avalia o trabalho que eles desenvolvem no trabalho autónomo? Eu acho que não tem que haver uma avaliação directa do trabalho que ele faz, do trabalho autónomo. Porque ali ele também, por isso é que se chama trabalho autónomo. É autónomo para fazer o que quiser, naquele espaço de tempo. Ele é que sabe, olha se toma a decisão de ir ao cinema, ou se toma a decisão de estudar e de fazer pesquisa e etc. Ele, nos momentos pelos quais optou, tem é que mostrar que sabe!" (DE2F)

> "o trabalho autónomo é para o estudante também ter mais tempo para estudar e para pesquisar, para discutir, seja o que for, relativamente. Claro está que para ir pesquisar coisas que o professor diz: «isto faz parte da disciplina mas não vai ser dado em sala de aula", isso tudo bem, mas não ter que haver uma verificação da aprendizagem, uma verificação directa!»." (DE2F)

> "não podemos estar a formar um enfermeiro, ponto final! Eles não vêm para aqui para a gente lhe vestir uma farda!" (DE9F)

> "isto em termos de organização é pôr o aluno um bocadinho proactivo na organização, mas o possível!" (DE9F)

A reflexão da prática pode servir de correcção do saber profissional (Schon, 1994). À medida que a prática é repetida e que o saber profissional se torna tácito e espontâneo, o estudante pode perder ocasiões importantes de pensar sobre o que faz. O processo reflexivo sobre as evidências implícitas na acção, evidências que se revivem, permitem uma crítica e uma restruturação que se incorpora nas acções posteriores (Schon, 1994), parece estar presentes no discurso de alguns docentes.

> "dentro dessa aprendizagem efectiva do estudante, é muito utilizado, a todas as horas os estudantes estão a fazer reflexões." (DE3F)

> "no fundo, fazer um bocadinho a análise «in loco» da reflexão sobre a acção, na acção." (DE5F)

> "e eu penso mesmo que eles precisam, a maior parte das vezes nós temos que os centrar neles próprios, naquilo que eles fazem e deviam fazer ou na reflexão sobre a sua prática diária. Não sobre o dos outros, pronto!" (DE7F)

> "nestas questões mais subjectivas, ou pelo menos que naquele momento nós não conseguimos perceber o resultado daquela intervenção do estudante, é isso! É encontrar diferentes consequências daquela intervenção!" (DE9F)

A centralidade do estudante no processo de ensino parece estar relacionada com o que Morin (2002b) refere de pensamento complexo, como um tecido interdependente, interactivo entre as partes e o todo, o todo e as partes, num crescente de integração de saberes. Como referiu um docente:

> "porque as pessoas são todas diferentes e portanto o raciocínio varia sempre e complexifica-se sempre na medida em que ele vai descobrindo mais coisas." (DE4F)

Aprender a pensar com base na pedagogia do erro, é uma forma influente de aprender (Alfaro-LeFevre, 2013). Compreender a multiplicidade de factores que podem influenciar a tomada de decisão na prática dos cuidados e aprender, desse modo, a evitar erros futuros, parece determinar a qualidade de uma boa ou má decisão (Thompson & Dowding, 2009). Sobre esta problemática, vários docentes apresentaram a sua opinião:

> "depois cruzamo-nos com este aspecto: quais são as competências que são exigíveis para com a saúde e com a vida e há erros que não são passíveis de ser feitos, não é?" (DE1F)

> "também se aprende pela negativa, mas quero dizer, convenhamos que também é aborrecido aprendermos tudo pela negativa. Porque há muitos deles que não aprendem. Porque o estudante precisa de regras, é principiante, precisa. Estes são os conformes. As boas práticas são estas, e estas é que tem de se treinar. Que é para depois se saber em contextos hostis saber ajustar, saber triar, saber ajustar-se. O que não quer dizer que não privilegie o erro como estratégia pedagógica, mas pronto, isso é outra questão." (DE4F)

> "mas em que o estudante faz este percurso e, portanto, ao fim e ao cabo, mais uma vez pelo bem que se aproxima daquilo que é o caminho desejável, mais adequado ou não, e fazendo-o ajudar a perceber onde é que errou no caminho. E muitas vezes este erro não é o erro tanto da falta do conhecimento, eles levam os apontamentos, eles não sei quê. É mesmo o erro na decisão que fazem que não a fazem na posse dos dados que precisam, ou fazem, fazem-nas em equívocos, em meias verdades, em dados não recolhidos, ou não devidamente individualizados e é por isso que às vezes não conseguem fazê-lo tão bem." (DE8F)

> "as práticas clínicas continuam cheias de tomada de decisão, umas certas outras erradas , não é? Nós aprendemos todos os dias e os enfermeiros da clínica também. E portanto, nesse sentido são bons momentos de aprendizagem sobre tomada de decisão!" (DE10M)

8.1.2.7 – O papel da avaliação

A avaliação da aprendizagem dos estudantes é um percurso estabelecido pelo professor e estudante onde encontram pontos de referências. A avaliação proporciona "indicadores, pistas, sugestões e sinais que mostram tanto aos professores como aos estudantes onde eles estão em relação a onde eles quereriam estar, ou para onde eles estão a ir" (Bevis & Watson, 2005, p. 292). No modelo de competências, o que importa não é a aquisição de saberes disciplinares mas a capacidade para mobilizá-los na resolução de

problemas e na tomada de decisão, no contexto de cuidados (Kikuchi *et al*, 2012). A perspectiva de alguns docentes sobre a avaliação é a seguinte:

> "não é tanto o que se dá e como se dá, mas o estudante o que se lhe pede é que ele saiba escolher entre o bom e o mau, entre o sim e o não, entre o certo e o errado. Mas que nem precisa de argumentar! Só precisa é de escolher uma é a única tomada de decisão que ele toma é: faço a cruz em cima, faço a cruz em baixo? Portanto também penso que essas formas de avaliação se forem todas do mesmo estilo e sistematicamente o que tu pedes ao estudante é que ele só saiba fazer isto, se calhar aí também não estas a ajudar que ele se desenvolva em termos de tomada de decisão!" (DE2F)

> "É bastante difícil hoje em dia ser docente, avaliar, acho que é. Sobretudo saber ver o que valorizar, por exemplo, na avaliação. O que é que se valoriza? Nos critérios, normalmente os que são usados, não servem para nada!" (DE3F)

> "a prova do que muita gente continua a dizer: «Mas então onde está a avaliação?», «Onde está a avaliação?» e «Temos que avaliar!», «Temos que avaliar!» e «Enquanto não se avaliar não se pode mudar!». Há dois anos que estamos a viver e a avaliar e a ver que há coisas que não podem continuar muito mais tempo. E esta é uma delas! O plano de estudos está. Agora como é que formalmente vamos conseguir ser, aquele plano de estudo ser acariciado e começarmos a construir outro, começar a construi outro podemos, por quanto tempo é que nós aguentamos este modelo que temos de entrar e sair em campo?" (DE4F)

> "tenho tentado que o instrumento de avaliação tenha as várias competências, nomeadamente, as competências que tem a ver com a decisão. A autonomia na decisão, claro que aqui estamos a falar da autonomia regrada, não é? Portanto, muito bem orientada pelo respectivo orientador que eles têm no local, mas nós também sabemos que estes estudantes quando orientados para isso, podem muito bem pensar na tomada de decisão, o que é que fariam, certificar-se com o orientador e a partir daí, faz. Não é, autonomamente fazem aquilo que eles acham que deve ser feito, mas sim sempre com a orientação da pessoa, do respectivo orientador do local." (DE7F)

> "aquilo que me parece que é exequível fazer e aquilo que me parece também mais justo, será um modelo deste tipo. E no meio, com certeza, que as pequenas, que as maiores e as médias tomadas de decisão vão estar também em avaliação e o estudante será confrontado com elas." (DE8F)

A auto-avaliação exige do estudante e do docente honestidade para reconhecer os aspectos positivos e negativos de ambos os lados. Como prática fundamental está sustentada no desenvolvimento de responsabilização, do compromisso com a aprendizagem e do pensamento crítico do estudante (Kikuchi *et al*, 2012), como frisaram dois docentes:

> "Outro aspecto que para mim foi importante foi procurar desenvolver junto dos estudantes a auto-avaliação. Porque eu não tomo consciência nem desenvolvo a minha tomada de decisão se ao mesmo tempo não for capaz de me auto-avaliar para me ir corrigindo. Portanto, esta tomada de consciência daquilo que está por de trás dos raciocínios que vou fazendo, não é?" (DE3F)

> Portanto, é uma ficha escrita pelo docente, o estudante naturalmente tem que ter conhecimento." (DE4F)

A avaliação também inclui a responsabilização do estudante pelo que faz num percurso de desenvolvimento do seu desempenho, como parece referir um docente:

> "há estudantes que começam muito mal, mas percebem o caminho e fazem caminho. E eles fazem o caminho tendo-nos a nós como recurso. Não para o fazer por ele, mas como recurso! E é um recurso sustentado: «Olhe, li sobre isto, o que é respeitar a pessoa, o que é

> isto de respeitar a dignidade da pessoa, o que é isto de ouvir a pessoa?». E há estudantes que se preocupam com isso. E essa preocupação fininha no estudante, para mim é responsabilidade! Para mim, é mentor da minha avaliação!" (DE6F)

A avaliação por pares parece surgir na ESEL como forma de validar o desenvolvimento do estudante, além de fomentar a aprendizagem pelas relações humanas no trabalho e no convívio social, essenciais para a formação e para a prática de cuidados (Kikuchi *et al*, 2012). A este propósito, um dos docentes referiu :

> "ele faz mas é validado, também é hetero-avaliado! Não é só ele! Porque o estudante também há os que se conhecem e se minimizam e há outros que se põem nos píncaros!" (DE4F)

O importante na avaliação formativa não é a atribuição de uma classificação mas o acompanhamento e orientação do processo educativo, permitindo aos estudantes e docentes identificarem as dimensões da aprendizagem que ainda não se concretizaram e procurar opções para o desenvolvimento do estudante. Os momentos de «feedback» são, deste modo, imprescindíveis numa concepção de avaliação formativa (Kikuchi *et al*, 2012) e o discurso dos docentes e enfermeiros orientadores parecem confirmar a sua importância. Terão os docentes/enfermeiros orientadores da ESEL tornado a avaliação numa actividade partilhada entre eles e o estudante?

> "eu acho que não tínhamos de ter mais nada para fazer para conseguir fazer isso! Para dar o «feedback». Porque realmente era o ideal. Era dizermos: «está a pensar bem, veja lá se teria» quando digo está a pensar bem, está a ir no caminho certo em termos de aprofundar." (DE2F)

> "mas isso é qualquer coisa que garanta que eu vou continuar com este estudante, eu vou ter de saber em que estado de desenvolvimento ele está! Eu não me posso dar ao luxo dele de não saber nada dele e de esperar!" (DE4F)

> "o estudante tem uma nota! Mas nós não a damos, recebemos sete ou oito estudantes, vamos com eles para estágio eu não sei. Portanto ter essa ficha tem que estar disponibilizada, qual é a forma não sei, neste momento não sei, mas quer dizer, antes de ir para estágio, eu tenho de saber, aquele estudante, as competências que atingiu, onde é que ele é bom, onde é que ele precisa de desenvolver." (DE4F)

> "a avaliação, quem diz que aprende. É claro que há avaliação de conhecimentos, mas quer dizer, quando não queremos avaliar esta competência da tomada de decisão, tem que ser em situação! Portanto, eu tenho de dar um caso e tenho de por o estudante a fazer a avaliação e a fundamentação do caso que tem! Não sei se me estou a fazer entender? Por exemplo: se eu quero saber se ele faz um bom juízo da situação, eu tenho que lhe dar uma situação mesmo que desorganizada, para ele arrumar, organizar os dados e depois formular uma serie de diagnósticos!" (DE4F)

> "a minha avaliação é o trabalho na coisa! É como é que a pessoa mergulhou naquela situação! Não é fazer para o professor! Não é fazer três planos de cuidados para o professor! Então ele continua a não pensar na pessoa enquanto está a fazer o plano de cuidados!" (DE6F)

> "um dos aspectos que penso que pode vir a ser trabalhado em sede de avaliação, e que será necessariamente trabalhado, é a questão das decisões que o estudante toma durante a sua prática." (DE8F)

> "a ênfase é dada a processo formativo. E o estudante percebe eu não está ali a somar dez mais dois agora, mais três agora e o estudante consegue perceber, penso eu, que a importância é ele identificar caminhos, nós analisarmos a melhor forma de ele progredir, de evoluir sem a preocupação de estar a somar agora dois pontos, e mais dois ponto a ver se isto corre bem e depois vem uma menção qualitativa. Isto também foi uma das coisas que também foi importante que foi nós nos preocuparmos mais com as menções qualitativas do que quantitativas, junto do estudante. Acho que isso acabou por ajudar! Ajudar estes processos." (DE9F)

> "a gente tem de dar uma nota, a gente dá uma nota! Mas, durante o momento em que estamos com o estudante a falar da sua avaliação, desprendemo-nos um bocado dos números e portanto, acho que de certo modo também facilita um bocado este tal ambiente formativo." (DE9F)

> "e peço muito o «feedback» deles para saber se estou a corresponder de alguma forma e tenho tido manifestações muito positivas das orientações, via informática, por assim dizer." (EO6HF)

8.1.2.8 – A integração disciplinar

Os princípios norteadores de um currículo de integração alicerçam-se nas orientações das ciências de educação em que a discussão se situa na necessidade de se sair da fragmentação do conhecimento, deixando cair os limites precisos das disciplinas, na procura de um integração totalizadora (Garanhani *et al*, 2012). Pois, como refere Morin (2002a), a educação deve ser um processo de construção, não que refute os conhecimentos específicos, mas que inclua as especificidades dos processos, dos fenómenos atendendo à sua natureza e à sua história, como uma conclusão transitória de várias determinações. Neste contexto, alguns docentes, narraram:

> "isso foi uma luta que nós tivemos, a propósito do plano de estudo, que foi o querermos um estágio só no segundo ano. O próprio grupo conceptor fez uma proposta de ensino clínico só no segundo ano. Oh, Deus te livre e guarde! Nem pensar! Mas conseguimos que fosse só no segundo semestre mas nós fizemos uma proposta de não haver ensino clínico no primeiro ano." (DE2F)

> "porque depois aí a grande questão é como, quando saímos do modelo formatado, porque este modelo que temos formatado é o modelo biomédico, as unidades curriculares estanques." (DE4F)

> "porque tu estás a ver o estudante, tu aqui coloca-lo perante situações. Por exemplo, na Análise de Situações, é outra das unidades curriculares que dá para fazer, é integradora!" (DE7F)

A valorização de um ensino integrativo passa pela integração intencional do conhecimento ao longo do currículo de formação em enfermagem. A não compartimentação disciplinar subentende que o foco está, não em tornar tudo explícito, mas em ajudar os estudantes a compreenderem suficientemente a situação para estruturarem o seu

conhecimento ou pesquisarem sobre alguma informação que não tenham (Benner *et al*, 2010), como demonstraram estar de acordo vários docentes:

> "O que ajuda a ter que focalizar naquela parte que eu tenho de aprender, no qual eu tenho de fazer uma interligação de imediato, aquela parte com a teoria que ele aprendeu e sustentar com a teoria." (DE1F)

> "Ele tem por força até daquilo que a formação de enfermagem aponta, que é experienciar essas áreas e portanto deve estar lá, deve ter experiências integradas com a teoria." (DE1F)

> "mobilizar os saberes dessas disciplinas para ajudar o estudante a encontrar sentido nessas disciplinas teóricas." (DE2F)

> "eu acho que as disciplinas são, pelo menos esta, é estanque. E é estanque a quem está lá dentro (…) Mais, quero dizer, não há muitas entradas dos outros professores a vir também para esta disciplina e também não há saída, acho eu. Não sei como é que é feita depois a nível dos outros anos." (DE5F)

> "eu também posso revisitar o que é a vivência do estudante e fazer uma ligação entre disciplinas, entre unidades curriculares. Se eu estou a trabalhar o risco da alteração da glicemia capilar e uma das vertentes que eu tenho é a educação para a saúde, eu tenho que envolver a minha disciplina e tenho previamente ver o que é que já foi leccionado, àquele estudante, o que foi leccionado àquele estudante." (DE6F)

> "pensávamos com isso estar a concorrer, para que o estudante encontrasse também um método de construir o seu raciocínio, não só em termos das questões da disciplina e das questões teóricas, mas que depois nos ensinos clínicos tinham, seguiam a mesma lógica." (DE10M)

A reflexão epistemológica que o estudante deve conseguir realizar durante a formação tem que ser sustentada pela articulação disciplinar do curso e pelo reforço da sua transversalidade pelos docentes (Perrenoud, 1999). Terão os docentes conseguido sair da sua área de especialização e ter discutido com outros docentes problemas de métodos, de epistemologia, de relação com o saber? A esta questão um docente argumentou:

> "promove-se, acho eu, de duas maneiras: uma em termos de fundamentação. Isto é, o estudante ser capaz de desenvolver competências de compreensão e de fundamentação da sua prática em termos de epidemiológicos, se quiseres, epistemológicos. Ele tem de ser capaz de explicitar qual é a perspectiva de enfermagem, não em relação a um problema concreto, mas a perspectiva de enfermagem na abordagem das pessoas e depois ter um método! Ter um método de intervenção." (DE10M)

Em jeito de súmula, a ordem de importância das competências estruturais do currículo analisado (documentos e discurso dos docentes), inicia-se pela categoria de 'considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados' com 25% das citações; seguida da 'trabalhar por problemas' com 20%; da 'negociar e conduzir projectos com os estudantes' e da 'novo contrato didáctico' com 13% e 11% respectivamente cada; da categoria 'praticar uma avaliação formativa' e a de 'criar ou utilizar outros meios de ensino' com 10% e 9% respectivamente cada; a de 'adaptar um planeamento flexível' com 5%; e termina na categoria de 'orientar para uma menor compartimentação disciplinar' com 3%, como

representado no quadro 27. Sugere-se uma similitude com os resultados emergidos na análise dos documentos.

De tudo o que foi 'declarado', o currículo da ESEL parece estar focado no conhecimento e no pensamento crítico que sustentam o cuidado reflexivo, sistemático e baseado em evidências para uma tomada de decisão eficaz (Standing, 2007). No entanto, a estrutura do curso paradoxalmente poderá mitigar o desenvolvimento da aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidar, pela reflexão epistemológica sobre a matriz de enfermagem que ainda necessita de ser feita e do levantar de fronteiras entre os vários conhecimentos utilizados em enfermagem (Perrenoud, 1999; Benner *et al*, 2010).

Quadro 27 – Competências estruturais do currículo na perspectiva dos documentos e dos docentes, segundo Perrenoud

Competências estruturais do plano de estudo e dos documentos orientadores de ensino clínico	Documentos (Frequência por sub-categoria)	Docentes (Frequência por sub-categoria)	Total da frequência e percentagem das sub-categorias	
Considerar os conhecimentos como recursos a serem mobilizados	125	35	**160**	**29%**
Trabalhar por problemas	100	13	**113**	**20%**
Criar ou utilizar outros meios de ensino	36	12	**48**	**9%**
Negociar e conduzir projectos com os estudantes	51	19	**70**	**13%**
Adaptar um planeamento flexível, improvisar	22	4	**26**	**5%**
Novo contrato didáctico	50	14	**64**	**11%**
Praticar uma avaliação formativa	36	18	**54**	**10%**
Orientar para uma menor compartimentação disciplinar	10	10	**20**	**3%**
Total	**430**	**125**	**555**	**100%**

Para poder compreender como era ensinada a tomada de decisão no processo de cuidados aos estudantes da ESEL, importa analisar a interligação entre as concepções dos docentes de enfermagem/enfermeiros orientadores sobre a tomada de decisão no processo de cuidados e as estratégias de ensino desenvolvidas para a sua aprendizagem, como passamos a descrever.

8.2 – A visão prescritiva[440] do processo de ensino da tomada de decisão - *óptica dos docentes e dos enfermeiros orientadores*

O desenvolvimento do pensamento crítico no currículo de enfermagem é de extrema importância, pois permite trabalhar as actividades desenvolvidas no curso, em vários estádios, seja em ensino teórico, seja em ensino prático, e chegar até à tomada de decisão (INASCL, 2011; Waldow, 2005). Na posse do hábito de pensar criticamente, os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores devem incentivá-lo nos estudantes, seleccionando estratégias de ensino que o facilitem durante todo o curso de enfermagem (Waldow, 2005).

Contudo, as decisões são sustentadas habitualmente nos valores, objectivos, conhecimentos e experiências passadas de enfermeiro, sendo por isso individuais, pessoais e subjectivas (King, 1984). Ou seja, a percepção da pessoa que toma as decisões repercute-se na selecção das alternativas. Corroborando este conceito, Tanner (2006) defende que a tomada de decisão no processo de cuidados parece ser mais influenciada pelo que o enfermeiro traz para a situação do que os dados objectivos presentes na situação. Se os estudantes, pelo seu conhecimento clínico[441] deficitário, utilizam um raciocínio essencialmente analítico para tomarem as suas decisões, os seus tutores clínicos (docente de enfermagem e enfermeiro orientador), pela sua experiência profissional, pelo contrário, socorrem-se de um raciocínio complexo e flexível para reconhecer aspectos relevantes da situação de cuidados, com algum grau de incerteza, interpretá-la e responder-lhe adequadamente (Tanner, 2006).

Assim, analisamos de seguida o discurso dos docentes de enfermagem/enfermeiros orientadores sobre o significado que a apropriação conceptual da tomada de decisão teve na forma como estes pensavam a tomada de decisão e, consequentemente, na forma como ensinavam os estudantes a tomarem decisões (Baxter & Rideout, 2006; Sousa Pacheco, 2009). Num olhar mais específico, expomos alguns trechos das entrevistas segundo a categorização que nos serviu de suporte e a que emergiu ao longo da análise das mesmas.

8.2.1 – A concepção das competências de tomada de decisão

Sendo a tomada de decisão uma intervenção essencial, determinante e muito frequente na prática de enfermagem (Thompson *et al*, 2013)[442], a concepção que os

[440] Pretendeu-se considerar aqui o modo como os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores ensinavam os estudantes de enfermagem a tomarem decisões, significando uma tentativa de melhoramento da tomada de decisão a nível individual (Thompson & Dowding, 2009).
[441] Outras situações similares de cuidados vivenciadas pelo enfermeiro permitindo-lhe aumentar o seu conhecimento e influenciar as suas expectativas sobre a situação de cuidados (Tanner, 2006).
[442] Como referido anteriormente, na pág. 125, segundo estimativa inglesa (Thompson *et al*, 2013).

formadores detêm sobre a tomada de decisão, orienta-os no raciocínio que precede a acção (Paiva, 2003) e tem repercussões na forma como ensinam (Zabalza, 2011).

A aquisição de competências para a tomada de decisão emerge como um conjunto de etapas graduais (INASCL, 2011), utilizando vários tipos de raciocínio que necessitam de treino para ser aprendidas (Tanner, 2006) como parece afirmar um docente:

> "Ele nunca consegue repetir, e repetir de uma forma faseada e progressiva, de modo a que este raciocínio da Collière. Este de quem é estas etapas: 'quem é', 'o que sei da pessoa', 'o que sei da doença, das suas repercussões', 'para onde é que a pessoa vai'. Aprender com finura, com pormenor. E repetir estes raciocínio em 'n' situações, num determinado contexto." (DE4F)

Um dos docentes participantes sugere a tomada de decisão como uma competência que se aprende na acção e não basta adquirir conhecimentos teóricos sobre a temática, indo de encontro ao conceito de Le Boterf (2005):

> "o conhecimento sobre o processo de tomada de decisão, é com certeza importante, mas não chegará para que o aluno aprenda a tomar decisões porque, ao fim e ao cabo, a tomada de decisão é foro da competência." (DE8F)

A diferenciação do processo de tomada de decisão em enfermagem relativamente a outras áreas de saber assenta na natureza do fenómeno sobre o qual se decide (King, 1984; Tanner, 2006; Thompson *et al*, 2013), como salienta um dos docentes:

> "um processo de tomada de decisão. Que é igual a todas as disciplinas científicas, não é? Que é um método, não é mais do que isso. E precisamente porque é igual a todas as disciplinas científicas que fazem a mesma coisa, recolhem a informação, analisam-na, fazem os seus juízos, tomam decisões sobre o que fazer, planeiam a acção, executam-na ou não, executam-na directamente ou não e avaliam e voltam ao início. Isto é um processo cíclico e dinâmico. Todas as profissões fazem isto! O que distingue é o que fazem, não é? É a natureza dos fenómenos, a perspectiva com que o fazem." (DE10M)

A perspectiva social da tomada de decisão assenta na premissa de que é necessário compreender não só o organismo (estudante de enfermagem) numa situação de tomada de decisão mas também o ambiente no qual o organismo tem de adaptar-se e a sua influência como uma 'lente' no processo de decisão (Thompson & Dowding, 2009). Um docente alertou para a importância desse aspecto:

> "Só que a tomada de decisões, de decisão quanto a mim, é sempre contextual e tem outros elementos do contexto que às vezes podem não facilitar que o estudante que sai ser uma pessoa autónoma." (DE5F)

A análise efectuada ao discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores foi estruturada no modelo de desenvolvimento das competências de tomada de decisão, segundo INASCL (2011) que nos serviu de referência na conceptualização da temática em estudo. Ao longo da análise, emergiu uma categoria sobre a definição mais abrangente e menos específica do conceito de tomada de decisão (que acabámos de citar), e outra categorização, esta sobre os indicadores da tomada de decisão, permitindo uma

discussão mais alargada da conceptualização que os docentes de enfermagem e enfermeiros orientadores detinham da tomada de decisão. (quadro 28).

Quadro 28 – Concepção das competências de tomada de decisão pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores

Concepção das competências de tomada de decisão pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores	Frequência por sub-categoria	Percentagem por sub-categoria
Definição do conceito de tomada de decisão	4	8%
Competências psicomotoras	10	20%
Resolução de problemas	6	12%
Pensamento crítico/raciocínio clínico	6	12%
Julgamento clínico/tomada de decisão	11	21%
Indicadores da tomada de decisão	14	27%
Total de frequência e percentagem por categoria	**51**	**100%**

Assim, pode constatar-se que a categoria 'indicadores da tomada de decisão', foi a mais significativa, com 27% das citações; seguindo-se da categoria 'julgamento clínico/tomada de decisão' com 21%; das 'competências psicomotoras' com 20%; e posteriormente pelas competências de 'resolução de problemas' e 'pensamento crítico/raciocínio clínico' com 12% cada, o que parece estar em contradição com o currículo. Sobre a 'definição geral do conceito de tomada de decisão', apenas 8% a referenciaram no seu discurso (quadro 28).

Para uma visão mais específica da nossa análise, passamos a transcrever alguns fragmentos das entrevistas estruturados pela categorização em que teoricamente nos baseamos.

8.2.1.1 – 'Competências psicomotoras'

O processo de aquisição de competências para a tomada de decisão parece iniciar-se nas competências psicomotoras como a capacidade de realizar movimentos físicos de forma eficiente e eficaz, com rapidez e precisão (INASCL, 2011)[443], como sugerem quatro dos enfermeiros orientadores:

> "É perceber a rotina de determinada consulta e aplicar esse mesmo conhecimento. Isso obviamente depois leva a que eles se sintam cada vez mais autónomos em termos de decisão." (EO1USFF)

[443] Ver pág. 105 deste estudo.

> "Enquanto alunos nós queremos mais é que eles saibam a teoria da técnica, que não cometam erros graves porque depois quando forem profissionais, estas coisas vão-se, enquanto vão mesmo ganhando alguma destreza que eles não têm." (EO3HF)

> "quando eu falo da vertente técnica é da própria, é da vertente técnica no estar com o doente, com a pessoa! Lá está, se vão fazer uma algaliação pela primeira vez, é diferente a autonomia com que podem ir e o à-vontade que também faz parte dessa autonomia deles, se é a terceira, a quarta, a quinta ou a sexta vez! É totalmente diferente!" (EO4HF)

> "Em primeiro lugar temos de perceber o que é que o estudante consegue fazer, portanto, temos de avaliar primeiro a capacidade do estudante e à medida que ele apresente capacidades, faça bem as coisas, então ai vai-se promovendo aos poucos (…) Em relação aos procedimentos, dou à medida que ele apresenta capacidades e se faz a primeira vez bem e se, é um estudante que faz bem e que executa bem uma técnica e que em termos de relação não tem problemas, aí sim. Portanto, eu dou-lhes autonomia à medida que eles provam que a podem ter." (EO5HF)

Consequentemente, a não aquisição das competências psicomotoras dificulta o processo de decisão. Segundo White (2003), os estudantes quando não se sentem confiantes nas suas competências técnicas centram-se nos seus sentimentos de ansiedade e não sabem o que fazer e, apresentam dificuldade em tomar decisões adequadas e em serem autónomos, como parecem defender dois docentes:

> "Porque ele tem uma área que não domina e é importante dominar que é a parte instrumental. Enquanto, a parte instrumental não garantir um certo conforto, ele não sentir confortável com a sua ligeireza de actos, provavelmente, essa é a sua preocupação. É evidente que quando ele também faz, presta cuidados também tem que ser autónomo na sua tomada de decisão, obviamente (…) porque as competências desenvolvem-se em acção. Não há dúvidas nenhuma! E se as competências do conhecimento se desenvolvem em acção e as da tomada de decisão se resolvem em acção, a autonomia está logicamente associada a isto." (DE5F)

> "O que está a ser avaliado é a psicomotricidade e não a tomada de decisão como suporte." (DE10M)

A defesa de que as competências psicomotoras são importantes no processo de tomada de decisão mas não detêm a primazia, como acontecia em tempos idos, traduzir-se-á numa mudança de paradigma da prática dos cuidados ou num discurso idealista? Esta análise esteve patente em alguns discursos dos enfermeiros orientadores:

> "A parte técnica nós aprendemos sempre e isso vem com a prática (…) há pessoas que quando estão no curso nunca picaram uma veia na vida e ficam numa medicina ou numa urgência e numa semana são os peritos que andam ali, mas se não tiverem o conhecimento, não vale a pena. Não é não valer a pena, é que há uma grande lacuna e perdemos uma grande capacidade." (EO2HF)

> "uma coisa que eu digo frequentemente aos meus alunos é que algaliar, picar uma veia para aquilo que quer que seja, qualquer pessoa faz (…) é isso que eu tento sempre dizer isso a eles: «vocês têm que saber-fazer as técnicas, mas têm que saber porquê. Se não perceberem porquê, é em vão»." (EO2HF)

> "a nível prático pode ter mais jeito, menos jeito, mais oportunidade para experimentar, menos oportunidade de experimentar. Isto é, eu digo muitas vezes aos alunos: «querem puncionar os doentes ou querem fazer uma colheita de sangue? Com certeza, vamos embora!». «Ai, não consegui!». Ficam muito preocupados. A mim, interessa-me que a

> técnica esteja lá, que eles saibam a técnica de se fazer, o material que é preciso e assim. Depois se corre bem ou não já são outros, já é outra coisa. Já é mais experiência, mais oportunidades de experimentar a técnica, portanto é diferente." (EO3HF)

8.2.1.2 – 'Competências de resolução de problemas'

O primeiro passo na resolução de um problema é a definição do problema (Roberts, 2013; Standing, 2010), como parece defender um docente:

> "porque o conhecimento em enfermagem dá-nos a perspectiva e de como é que aqueles dados se inter-relacionam entre si e produzem um fenómeno, um problema de enfermagem." (DE10M)

A resolução de problemas, como etapa do processo de tomada de decisão, refere-se ao processo de formular uma solução considerando a informação presente no contexto dos cuidados, ao conhecimento detido e a uma recolha de dados pertinentes (INASCL, 2011). Sobre este assunto foi-nos referido:

> "E temos que aprender, para tomar decisões, temos que saber se é um plano mental; se é um plano de turno; se o estudante tem que fazer um plano para se nortear a ele e nortear os cuidados que vai prestar; se é um plano para 2 ou 3 dias; se é um plano a longo prazo; se é um plano para um ano? Isto para tomar decisões, ele tem que saber em que contexto estou; qual é o problema da pessoa; qual o meu nível de influência; o que é que esta pessoa já sabe, quer, não quer; quem vai tomar conta deste. Quando uma pessoa sai de ao pé de mim tenho de ter a certeza que alguém se vai responsabilizar profissionalmente, por dar continuidade ao caminho." (DE4F)

> "em tomadas de decisão do ponto de vista clínico, de encontrar várias soluções para que não percebam que há uma tomada de decisão correcta exclusivamente para um pacote, há para aquela situação e não é ao pacote; estamos a falar do ponto de vista relacional, na abordagem do doente, nas frases que se dizem, que parecem mais assertivas, menos assertivas, mais correctas, menos correctas, com o tempo, com a família, por aí." (DE9F)

A resolução de problemas centraliza-se num problema e em encontrar soluções para o resolver (Simpson & Courtney, 2002), utilizando diversos métodos de raciocínio e estratégias para a sua resolução (INASCL, 2011). Como os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores ensinam os estudantes a saber se resolveram o problema? Um enfermeiro orientador e um docente deram a sua perspectiva:

> "a tomada de decisão para mim tem de estar associada a várias coisas. Tem de estar associada, muito, obviamente aos conhecimentos técnicos científicos, sem dúvida nenhuma, mas também tem de estar associado aos princípios de cidadania, a princípios de resolução de problemas (…) para tomar opções eu tenho de ter a técnica de resolução de problemas!" (EO6HF)

> "ao equacionar um conjunto de problemas, acho que eles, de alguma forma, e misturando aqui outros instrumentos que não só a tomada de decisão, eles acabaram por perceber que não tinham tomado tão boas decisões quanto isso, uns, e que outros tinham tomados boas decisões, naturalmente." (DE8F)

A necessidade de aquisição da competência de resolução de problemas para uma tomada de decisão eficaz e adequada parece ser destacada no discurso de um docente,

colocando a resolução de problemas como a análise de uma situação difícil e como etapa da tomada de decisão (Aston *et al*, 2010; Marquis & Huston, 2012):

> "eles podem ir para casa, fazer pesquisa, o problema não se põe tanto no não ter determinado conhecimento, mas é mais às vezes não ser capaz de fazer o raciocínio e no meio deste raciocínio da resolução de problemas que está subjacente, digamos, ao processo de enfermagem, alguma coisa que falha por vezes é, por vezes, a capacidade de tomar a decisão perante um conjunto de dados. Por vezes é isto que falha." (DE8F)

8.2.1.3 – 'Competências de pensamento crítico'/'raciocínio clínico'

A aquisição do pensamento crítico, como etapa do processo de tomada de decisão, parece estar sustentada numa actividade mental controlada e intencional que através de estratégias bem fundamentadas, possibilita obter os resultados desejados (Alfaro-LeFevre, 2013), como referido por alguns dos formadores:

> "há pessoas que reflectem e demonstram autonomia e têm conhecimento, mas depois perante determinada decisão, recorrem, se calhar àquilo que acham mais lógico, e que às vezes não é, de todo, o mais correcto. Temos que, obviamente, pensar logicamente, mas não baseado num conhecimento [sem evidência científica], no porquê de fazer aquilo." (EO1USFF)

> "em relação à tomada de decisão, os estudantes estão numa fase ainda muito precoce do curso e muitas vezes penso que a nossa preocupação inicial neste ensino clínico (…) é primeiro ajudá-los a perceber como é que fundamentam a sua acção, ou a importância da sua acção para que seja devidamente fundamentada perante os outros colegas e perante os outros grupos profissionais, e que participem nessa tomada de decisão, talvez numa fase mais final do ensino clínico . Penso que tem que ser muito progressiva essa ideia, embora sendo uma ideia que deva permanecer ao longo do ensino clínico, os estudantes devem preparados para chegar até à tomada de decisão!"(DE7F)

> "Além de ser mais apelativo para o estudante e é mais apelativo exactamente porque o obriga a pensar numa situação pseudo-específica, não é? E porque o dirige para aí, e ao os dirigir para essa especificidade obriga-o a afastar-se da norma, em geral cega, e a fazer já algum percurso de questionamento sobre se aquela norma é exactamente assim ali ou se há alguma particularidade. Claro que ao princípio só conseguem ver o princípio cego, a norma cega, não é? Mas a pouco e pouco conseguirão mais." (DE8F)

A utilização do pensamento crítico para a aprendizagem da competência de tomada de decisão é de extrema importância mesmo quando a decisão não é correta. Ou seja, como refere Sullivan (2012), o papel do docente de enfermagem/enfermeiro orientador é ensinar o estudante a pensar criticamente. Só os pensadores críticos proficientes conseguem fazer face à complexidade das situações de cuidados e serem inovadores nas decisões a tomar, como também foi salientado por um orientador e um docente:

> "O raciocínio, portanto o raciocínio que eles lá chegaram, que era o que me interessava, para tomarem uma decisão era esse! A decisão não foi a correcta mas o raciocínio é esse! Portanto, é isso que eu pretendo e eu costumo dizer: «É isto que eu quero de vocês! Quero que vocês pensem!»." (EO3HF)

> "acho que ao longo do curso nós temos essa preocupação de os ajudar a reflectir sobre as coisas, de os levar a criticar, mas de uma forma reflexiva . Ou seja, não é criticar por

> criticar, é fundamentar a crítica. Critica esse que tem por objectivo fundamentar a nossa atitude, fundamentar a nossa acção." (DE7F)

O raciocínio clínico, como a forma de pensar criticamente sobre as questões de cuidados (Alfaro-LeFevre, 2013), parece ser uma das precauções presentes no ensino dos estudantes, incluindo tanto o processo deliberativo de criação de hipótese, como de tomada de decisão (INASCL, 2011; Tanner, 2006), e como referiu um docente:

> "Quando eu digo tomada de decisão, claro que num estudante de segundo ano não podemos estar a falar de uma tomada de decisão muito complexa! Mas estamos a falar de um estudante que já consegue ter alguma autonomia de raciocínio que lhe permite dizer qual é o seu papel, qual é a sua intervenção em determinado contexto da intervenção de enfermagem." (DE7F)

8.2.1.4 – 'Competências de julgamento clínico'/'Tomada de decisão'

Um dos docentes participantes parece partilhar a definição de Standing (2010) sobre o processo de tomada de decisão ao defender a tomada de decisão como um culminar do processo de raciocínio que sustentou o julgamento (juízo) clínico:

> "É o juízo que fundamenta a tomada de decisão! (…) O juízo que tu fazes da situação, da pessoa, da doença, do ambiente, é que te permite tomar decisões! Estou perante isto ou perante aquilo. É o diagnóstico, se quiseres (…) O que é que é a tomada de decisão? A tomada de decisão é decidir fazer ou não fazer, o que quer que seja. O juízo é o que te dá o caminho!" (DE10M)

E apresenta uma clara distinção ente o conceito de juízo (julgamento) e a tomada de decisão significando uma avaliação das alternativas e uma escolha entre alternativas, respectivamente, o que vai ao encontro do que Thompson e Dowding (2009) defendem:

> "[juízo] É o resultado da análise! Porque é assim, o juízo decorre dessa análise! E que tu inter-relacionas toda a informação que tens a partir de uma perspectiva que é tua, não é? E no fim concluis! (…) E perante essa conclusão, a opção está feita! Porque quando tu chegas a essa conclusão, tu já deixas de ter hipóteses." (DE10M)

O juízo (julgamento) é destacado como um dos elementos mais importantes no processo de tomada de decisão e que determina a qualidade da decisão tomada (Thompson & Dowding, 2009) como referem dois docentes:

> "ela própria disse «não, eu não pensei no que eu ia fazer» e este «não pensei» foi «eu realmente não fui capaz de decidir em que momento fazê-lo, e como fazê-lo e de que modo fazê-lo para aquela pessoa.» E isto tem subjacente, tomadas de decisão várias." (DE8F)

> "E quando nós fazemos juízos sobre informações que não são correctas ou não são completas agimos, em regra, mal. Porque em todo esse processo o aspecto mais importante é juízo. Porque é o que nos permite tomar a decisão! Porque se eu ajuizar bem eu tomo bem uma decisão se eu ajuizar mal tomo mal (…) Se pudéssemos isolar um como o mais importante, eu dizia que era o juízo. Porque é ele que fundamenta a decisão." (DE10M)

É necessário atender ao estádio de desenvolvimento do estudante de enfermagem tendo em conta que a competência de tomada de decisão se desenvolve ao longo do tempo (Baxter & Boblin, 2008). Assim, deverá ser respeitado a evolução do estudante como dizem três decentes e um dos enfermeiros orientadores, respectivamente:

> "principalmente a nível do primeiro ano, aquilo que nos importa é que eles compreendam os primeiros conceitos para depois os poderem utilizar e aprender na tomada de decisão. Que é: o conceitos de vulnerabilidade, o conceito de dignidade, e agora falta-me... O conceito de autonomia." (DE5F)

> "a minha preocupação, é fazer os estudantes pensarem muito bem qual é o seu nível de intervenção. E pensar nesse nível de intervenção ajuda-os a pensar qual é a decisão mais adequada neste ou naquele aspecto." (DE7F)

> "se calhar o que nós também não podemos pedir é a um estudante, do segundo ano, por exemplo, que tome decisões a partir de informações que ele próprio ainda não é capaz de reconhecer como necessárias." (DE10M)

> "Enquanto orientadores, eu já orientei a alguns anos, e parece-me que nos primeiros anos de estágio nós tendemos sempre a querer tomar a decisão pelo aluno porque achamos que ele não está preparado. Enquanto, quando eles já são do terceiro, quarto ano já achamos que eles são mais aptos a tomar!" (EO3HF)

> "Nos anos mais novos, parece-me que as decisões que lhes damos para tomar são mais básicas uma vez, que às vezes quando eles não conseguem tomar outras decisões porque ainda não conseguem, porque ainda não têm a capacidade de interligarem, relacionar e interligar os conhecimentos." (EO3HF)

Uma das enfermeiras orientadoras especifica, por um lado, o nível de desempenho do estudante do segundo ano do curso, sobre a tomada de decisão, como uma competência em desenvolvimento (Baxter & Boblin, 2008) procurando orientar para aspectos que o estudante ainda não está desperto:

> "o último aluno que tive foi do segundo ano e portanto ainda estão, não tomam decisão confiante e portanto, não decidem fazer imediatamente, o facto é que estão alerta. E portanto, é isso que eu também, pelo menos tento promover. É que a tomada de decisão seja consciente e que, e despertar isso nele. Despertar a observação, despertar a curiosidade para puderem fazer alguma coisa." (EO3HF)

E, por outro lado, diferencia o grau de exigência acrescido para os estudantes do quarto ano correspondendo a um nível mais desenvolvido da competência de tomada de decisão. Mas sintetiza, reforçando o espírito crítico dos estudantes em anos diferentes e a correspondência às espectativas esperadas (Tanner, 2006).

> "a última antes destes era do quarto [ano] e portanto ai, é uma coisa que nós já esperamos deles. Já esperamos deles outro tipo de tomada de decisão, não é? E sim, corresponderam às expectativas. Eu posso dizer que foi uma das melhores alunas que eu tive. Se por ela, se por a escola, ou assim, não sei. Francamente bem preparada. Tomada de decisão crítica, na altura ai sim. Essa sim! A outra anterior era de segundo ano, teoricamente com alguns défices mas com uma grande crítica e sempre ansiosa por aprender. Portanto, sempre questionando tudo!" (EO3HF)

8.2.1.5 – Indicadores da tomada de decisão

Para alguns participantes, o **conhecimento** teórico parece ser um dos suportes importantes para uma tomada de decisão eficaz, traduzindo-se na compreensão clínica de 'saber o que fazer' (Tanner, 2006). É através do conhecimento que o enfermeiro detém que

consegue interpretar as situações de cuidados, com graus variáveis de incerteza e de complexidade, e tomar a melhores decisões (Standing, 2010). Será que os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores conseguiram ajudar os estudantes a relacionar o conhecimento que tinham sobre a experiência de saúde-doença do utente e o seu padrão de resposta (Gillespie, 2010)? A esta questão obtivemos opiniões consensuais de grande parte dos entrevistados:

> "Por que decidimos fazer assim? Porque temos conhecimentos, e porque é correcto fazer daquela forma, porque segundo fulano tal, não é? Temos sempre alguma base para decidirmos." (EO1USFF)

> "Tentar sempre fundamentar! O suporte teórico acho que é muito importante! (…) Uma coisa que eu também reparo muito nos alunos, nomeadamente, também neste último estágio, consoante os alunos vão estudando mais e têm mais confiança no seu suporte teórico, estão mais à vontade para tomar a decisão." (EO2HF)

> "Quanto mais mal preparados vêem, piores decisões tomam! Ou seja, não têm capacidade porque não tem conhecimentos para tomar uma decisão! Portanto, um aluno só me pode dizer que uma glicemia é elevada, se souber, se souber os parâmetros, os valores de referência, minimamente! Só me pode perguntar se pode colocar o oxigénio ou decidiu que colocou um oxigénio até x litros, porque nós autonomamente podemos colocar, mas ele só me pode dizer isto: «Olhe, coloquei oxigénio a dois litros àquela senhora porque estava dispneica», se souber o que é uma dispneia, porque é que a doente fez dispneia e até quanto é que nós podemos ir!" (EO3HF)

> "acho que o conhecimento é o fundamental! Agora depois também temos as personalidades de cada um! Não é? E isso é daquelas coisas que temos de, eu acho que basicamente é o conhecimento." (EO3HF)

> "É assim, só pode desempenhar funções quem tem alguns conhecimentos." (EO5HF)

> "a tomada de decisão sobre o cuidado, qualquer tomada de decisão, porque desta pessoas têm esta dimensão, para lhe poder chegar aqui, tive que estudar para isto tudo, portanto, também implica conhecimento, implica reflexão, implica leituras." (DE5F)

> "Tomada de decisão para já tem que ter conhecimento sobre aquilo que vai ter de tomar decisão. Sobre o quê? Sobre o objecto sobre o qual recai a decisão, seja ele o vestir, aqui tem também que saber e por isso, a tomada de decisão, uma das suas características, e não é só na minha mas também são os autores que o dizem, evolui com a idade, portanto, com a condição de ser autónomo e há aqui várias coisas que eu tenho que tratar simultaneamente porque é não só a condição para poder tomar a decisão mas agora estava a falar nos nossos estudantes, o conhecimento que eles têm para tomar uma decisão." (DE5F)

> "eles têm saber se vão prestar um cuidado a uma pessoa, têm que perceber em que contexto é que aquele cuidado surge e com que finalidade e para quê. Quais são as diferentes intervenções ou as diferentes áreas de conhecimento. Saúde, nomeadamente, é uma situação de doença, o que é que essa pessoa, do ponto de vista físico e patológico aquilo que está implícito, mas depois tem-se que saber e tomar consciência de outros conhecimentos que mesmo não o tendo, tem que vir a desenvolver que é: como é que aquela pessoa vive o processo de doença e como é que o enfermeiro pode ajudar, qual é o seu papel naquela intervenção." (DE5F)

> "Ele tem que perceber de que tem de saber disto, disto e isto, mas é o trabalho destes conteúdos, destes, destas componentes que nós fomos dando aos bocadinhos, que tem que radicar o seu agir." (DE6F)

O conhecimento serve não só para orientar o rumo da acção a tomar, mas também para criticamente seleccionar qual o melhor (Marquis & Huston, 2012; Neves, 2002), como parece defender um dos docentes participantes:

> "Porque antes de tudo isto, para que a tomada de decisão, o raciocínio clínico, o questionamento, a formulação de hipóteses, para tudo isso acontecer, antes de tudo isto, eu tenho de saber o que é um modelo biomédico." (DE4F)

O conhecimento também possibilita a **argumentação** e o reconhecimento da autonomia em enfermagem junto dos outros elementos da equipa de saúde, como justifica um docente:

> "acho cada vez mais e nós no confronto com outros profissionais, penso que é fundamental que nós saibamos muito bem justificar aquilo que fazemos. Sem essa justificação, não temos crédito muitas vezes, lá está, para entrar na tomada de decisão. Porquê? Porque se não nos derem ou se nós não demonstrarmos que temos este conhecimento, no fundo é uma certificação daquilo que nós sabemos fazer ou que sabemos, ou que temos como conhecimento. E se nós não soubermos fundamentar a nossa acção, vulgarmente fazemos por fazer (…) Temos que nos contextos demonstrar a importância da nossa intervenção! Para isso nós precisamos de saber muito bem fundamentar a nossa acção! Ou seja, precisamos de nos preparar para esse tipo de discussão que invoca o nosso papel, invoca o dos outros profissionais, mas que fundamenta a nossa acção." (DE7F)

Para um dos enfermeiros orientadores o destaque não está só nos conhecimentos mas na forma como são articulados na prática de cuidados e na procura de uma prática baseada na evidência (Gillespie, 2010; Standing, 2010):

> "Depois para a tomada de decisão, também acho que é importante esta ligação que estávamos a falar no início, entre a teoria e a prática. Ou seja, realmente eles lerem um diário clínico, verem análises, estudarem a patologia, acho que é muito importante o irem para casa pesquisar e depois fazermos a ligação." (EO4HF)

A tomada de decisão em enfermagem necessita dos conhecimentos para determinar adequadamente o que decidir (Alfaro-LeFevre, 2013). São os conhecimentos que permitem a certeza da opção perante as várias hipóteses possíveis, visto, em situação de cuidados, não ser possível tomar decisões por tentativas e erros, como salienta um docente:

> "Eu tenho de alertar o estudante que ele na prática de cuidados não faz mal e depois corrige. Isto é penalizador! Eu tenho, aquele estudante tem que perceber que o nosso exercício profissional não é a mesma coisa que estacionar um carro, ficou apertado, anda para trás, anda para a frente e a coisa vai. Quer dizer, eu decidir implica ter conhecimento. E implica ter a noção de que não se inventa conhecimento! Ou seja, a pessoa não sabe, tem que ir saber para decidir." (DE6F)

Dois docentes especificam, como imprescindível, o conhecimento sobre a pessoa alvo dos cuidados para o estudante poder decidir sobre as intervenções de enfermagem a realizar (Elliott, 2010; Gillespie, 2010; King, 1984; Tanner, 2006). Como terão os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores promovido o conhecimento do estudante para a compreensão individual do utente, suas preferências e sinais de resposta?

> "conceitos que, no fundo, permitem também ao estudante perceber quem é a pessoa que tem na sua frente. Ou pelo menos que direitos e que valores ele tem." (DE5F)

> "Em prática de cuidados, então não há: «Pronto, fez mal! Vamos fazer bem! Sim! Certo!». Só que eu acho que há um «timing» para tudo. Acho que há um «timing» em que o estudante tem que perceber que não pode mesmo fazer! O estudante não pode ir prestar cuidados a um doente sem perceber minimamente quem é aquela pessoa!" (DE6F)

Mas, para se tomar decisões é também necessário ter capacidade de deliberar, julgar e seleccionar a intervenção de enfermagem melhor adequada à situação de cuidados. Tal emerge como a **capacidade de decidir**, uma das qualidades cognitivas que o enfermeiro deve ter (Wilkinson, 2012), presente no discurso de um dos docentes.

> "tinha conhecimento, tinha capacidade de decidir o que era bom e o que era mau, não estava pressionada, não havia coacção, havia a capacidade para decidir livremente, que são condições que estão inerentes à tomada de decisão." (DE5F)

Para um dos docentes, os conhecimentos são reforçados pelo que determina grau de certeza, o destaque não está só nos conhecimentos mas na forma como são articulados na prática de cuidados e na procura de uma prática baseada na evidência (Gillespie, 2010):

> "Grau de certeza. É um bocadinho, tem a ver com a certeza, com a segurança. E às vezes até em avaliação, até faço perguntas para avaliar graus de certeza! Para não haver respostas assim, meias respostas." (DE9F)

Como terão os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores desenvolvido a criatividade nos estudantes, requisito para a capacidade de decidir (Wilkinson, 2012) [444]? Sobre esta capacidade, um docente referiu:

> "penso que a iniciativa e a criatividade também tem a ver com a tomada de decisão, está mesmo aqui o julgamento profissional, o pensamento crítico e reflexivo." (DE2F)

Além do conhecimento, também a **iniciativa** é considerada como um dos indicadores pessoais do processo de tomada de decisão por uma das enfermeiras orientadoras. Tal parece corroborar a opinião de Alfaro-LeFevre (2013) quando refere a proactividade, como a antecipação de consequências, o planeamento com antecedência e o agir sobre oportunidades, a sua importância para o pensamento crítico e, consequentemente, para a tomada de decisão.

> "Conhecimento e iniciativa é fundamental. Pronto, porque acho que junto do público temos que ter segurança e transmiti-la (…) essencialmente, estas duas vertentes: o conhecimento, e acho que é importante eles fazerem a consulta quando já se sentem também eles próprios com capacidade e sentirem-se «eu não vou fazer porque tenho dúvidas, já me sinto melhor, já fiz pesquisa, já esclareci com o orientador, portanto sinto que já estou apto para». E depois a iniciativa, mas esta acho que, independentemente de demonstrar ou não, se eu notar que o aluno até tem conhecimentos vou é fazer com que ele faça, que é também para desenvolver, se não a bem, é uma mais-valia para desenvolver. Aqueles que têm, pronto, já têm o caminho facilitado." (EO1USFF)

[444] Para ter capacidade de decidir, o enfermeiro necessita de ter competências cognitivas; criatividade e curiosidade; competências interpessoais (comunicação oral e escrita; conhecimento do comportamento humano e sistemas sociais; comportamento não-verbal como postura e movimento corporal, expressão fácil e toque); competências culturais; competências psicomotoras e competências técnicas (Wilkinson, 2012).

> "Porque é assim, eu acho que para tomar uma decisão nós temos de saber o que vamos fazer. E para saber porque é que vamos tomar uma decisão, e a iniciativa de tomar uma decisão, é porque aprendemos alguma coisa antes!" (EO3HF)

Mais do que os conhecimentos e a iniciativa, a capacidade de **observação** (Standing, 2010) surge também como um indicador pessoal importante para a tomada de decisão, segundo a perspectiva de um enfermeiro orientador. Opinião que parece coincidente com o que Alfaro-LeFevre (2013) determina como estar 'alerta ao contexto', baseado na procura de alterações na situação de cuidados que justifiquem mudanças da abordagem de enfermagem, utilizando uma análise profunda e um raciocínio crítico.

> "Outra coisa que eu também acho para uma tomada de decisão e para eles terem autonomia, que eu tenho desenvolver com muito eles, é a capacidade de observação (…) Que é outra coisa que eu acho que muitas vezes não têm e, que às vezes, temos de chamar à atenção porque estão numa unidade de cuidados intensivos e podem ter tendência só de olhar para o monitor, e tem tanta coisa ali à volta que se esquecem! (…) Trabalhar muito com eles a capacidade de observação. De chegar à cabeceira, o que está a ver, o que é que é preciso, como é que está a utente." (EO4HF)

A **autonomia** versus **responsabilidade**, entendida como a autodisciplina dirigida pelo próprio elemento decisor, num contexto de «accountability» (Alfaro-LeFevre, 2013), emerge igualmente como um dos pilares para o desenvolvimento da tomada de decisão pelo estudante, como salientam um enfermeiros orientador e um docente:

> "Aquilo que eu tento muito é que eles vejam é: a autonomia acresce responsabilidade, não é? Isso é para mim assim mesmo uma frase chave quer na prestação dos meus próprios cuidados e que eu tento passar para eles e que acho que é muito importante eles sentirem porque no dia a seguir, que é uma coisa que eu também digo, vocês estão numa fase em que mais um dia, praticamente, e já são vocês!" (EO4HF)

> "Agora o estudante tem que ter a noção de que o trabalho é feito por ele, não é vir cá e eu digo isto e ele faz, e eu digo isto e ele faz, e eu digo isto e ele faz. Não! O estudante de quarto ano tem que decidir, tem que tomar decisões (…) Eu acho é que eles têm que se responsabilizar pelo trabalho que estão a fazer." (DE6F)

Um dos enfermeiros orientadores reforça a autonomia com a auto-estima, como a capacidade do enfermeiro identificar o seu próprio conhecimento, a influência dos seus interesses e valores na forma de pensar, e o modo como comunica as suas decisões (Alfaro-LeFebre, 2013):

> "Eu penso que só se consegue ter uma tomada de decisão concreta, se tivermos autonomia, portanto uma coisa leva à outra e a própria autonomia reforça-nos a auto-estima. Portanto, se eu sou capaz e sei que sou capaz leva-me a que eu seja capaz de ter uma tomada de decisão, acho que uma coisa está interligada com a outra (…) para ter uma tomada de decisão tem que ter instrumentos muito bem assentes, eu não sou capaz de ter uma tomada de decisão se eu não tiver uma auto-estima, se eu não tiver um saber, se eu não tiver já conseguido autonomia (…) Eu acho que quem tem autonomia, quem tem auto-estima se reconhece a si próprio e isto leva a que os outros nos reconheçam, não é? Mas, primeiro eu tenho que ter a minha e agora se as pessoas me reconhecem ou não? Tenho que me centrar naquilo que eu tenho, não é? Eu sou capaz, eu sou autónoma, tenho conhecimentos, se os outros me reconhecem ou não, não sei, mas a minha decisão é esta e é a correta porque eu sei que isto é assim, é assim, reconheçam ou não." (EO5HF)

A **confiança,** como um dos elementos indiciadores da competência de tomada de decisão, emerge no discurso de um enfermeiro orientador parecendo significar a capacidade para um desempenho seguro e fomentador da decisão (Standing, 2010; Alfaro-LeFevre, 2013):

> "porque a tomada de decisão, eles só, porque depois eles só arriscam na tomada de decisão se se sentirem confortáveis nisso!" (EO6HF)

O **respeito** pela classe de enfermagem (Gillespie, 2010) foi referido por uma das enfermeiras participantes, como conceito estruturante para o ensino da tomada de decisão do estudante. Como terão os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores promovido o respeito dos estudantes pelos seus pares e pela equipa de enfermagem?

> "não me passava pela cabeça estar sentada numa cadeira, isto são coisas simples, mas eu acho que as vezes repercutem-se e depois se vê na prestação de cuidados. Eu estar sentada e o enfermeiro estar em pé!" (EO4HF)

O respeito é um dos conceitos destacado por dois enfermeiros orientadores para uma relação pedagógica de confiança e consequente tomada de decisão, adequada e eficaz (Salminen *et al*, 2009):

> "Acho que se o aluno confiar em nós, acho que se o aluno se sentir à vontade com o enfermeiro orientador, e o meu à vontade, não é o à-vontadinha. Portanto, nós não somos todos amigos, não andamos todos na escola, mas acho que tem de haver um à-vontade, haver confiança do aluno dizer: «Vou perguntar isto á enfermeira porque sei que ela não vai, não vai prejudicar-me se eu fizer esta pergunta». E portanto, também há uma relação de confiança que se cria. Esta tomada de decisão, é o nós permitirmos. Eu acho que é uma retribuição." (EO3HF)

> "E isso há certas coisas que eles também têm de sentir porque eu acho que senão perde a própria importância e eles, eu acho que tem de haver também uma distância! Eu acho que nós temos, eles podem estar á vontade, podem falar dos problemas mas é quase, se calhar, como pai e mãe, existe ali um respeito, não é? Pode ser, é o nosso melhor amigo, e deve ser e está lá para tudo, mas ao tempo nós temos aquele respeito pelo nosso pai e pela nossa mãe, e eu acho que aqui também deve ser a mesma coisa. É outra coisa que eu também prezo e que tento ligar, e eu acho que eles percebem." (EO4HF)

O enfermeiro orientador tem que demonstrar confiança e respeitar o estudante, com expectativas realistas sobre o estudante, encorajando-o a colocar questões que promovam a sua aprendizagem, a expor os seus sentimentos e a trabalharem em conjunto no contexto da prática clínica (Salminen *et al*, 2009), como parecem corroborar dois enfermeiros orientadores:

> "porque acho que muitas vezes eles vêm e são um bocado, são usados para fazer sinais vitais aos doentes todos, são. E isto acontece, isto acontece! E às vezes vê-se, e a mim faz-me muita confusão, porque eles estão num momento muito crítico de aprendizagem, precisam de aprender, não é? Para os outros estágios. E precisam de ser respeitados e isto acho que é uma forma de nós respeitarmos. Portanto, eu aceito o estudante e oriento o estudante, se eu não gosto não aceito, não sou obrigada a fazê-lo." (EO5HF)

> "é que o enfermeiro orientador não deve ser qualquer enfermeiro. E às vezes acontece, que por uma questão curricular, e para dar oportunidade a todos os enfermeiros, todos os

> enfermeiros têm alunos. E é uma coisa que eu não concordo, porque cada um tem as suas capacidades mais ou menos e até se calhar mesmo o enfermeiro que seja mais tecnicista, que normalmente se associa mais a uma Unidade de Cuidados Intensivos não quer dizer que até seja um bom enfermeiro para orientar um aluno e se calhar às vezes. Este é um bocadinho mesmo a minha opinião. Acho que em primeiro lugar na preocupação de um aluno ter o melhor estágio possível porque eu acho que isso influencia muito." (EO4HF)

Um dos docentes de enfermagem refere a **postura**, parte constituinte da comunicação entre o estudante e o utente, um factor importante para a aprendizagem da tomada de decisão. A envolvência da comunicação verbal e não-verbal incluindo a expressão facial e a postura corporal é importante para a comunicação e a interacção entre o estudante e o utente (Wilkinson, 2012). Uma comunicação efectiva, é segundo Alfaro-LeFevre (2013) conseguir estabelecer pontos de vista chave sobre o utente:

> "olho mais, para a forma como o estudante aborda o doente, a família, e às vezes devia olhar um pouco mais para a questão comportamental mas no sentido corporal, no sentido corporal. Questiono o conteúdo que o estudante diz ao utente, à família, e ainda não consigo estar sempre preocupada com a questão de postura. E, parece-me que esta também é uma componente importante para tomar decisões. Qual é a melhor forma de eu abordar o doente. As melhores frases, a gente não as tem, tem de ser assim mais ou menos espontâneas, mas depois com alguma sensatez, a gente consegue perceber que o estudante tomou o conteúdo correcto. A frase foi correcta, ou não foi correcta. Porque tem mais peso ou menos peso emocional. Mas em relação à parte corporal, postural, também me parece importante começar a trabalhar, mas que eu penso nisso mas ainda não o faço tanto quanto gostaria!" (DE9F)

A **priorização** surge como outro dos indicadores da competência da tomada de decisão (Standing, 2010; 2011) pois através da apreciação de níveis de dependência dos utentes se decide quais as necessidades de intervenções de enfermagem de cada utente. Uma das enfermeiras orientadoras defende a priorização, como Alfaro-LeFevre (2013), o pensar criticamente sobre a gestão do tempo, organizando o trabalho e decidindo sobre o que deve ser feito:

> "outra coisa que eu faço muito, é gestão do tempo, também! Acho que para, acho importantíssimo a gestão do tempo e a gestão de prioridades! (…) " Porque eu acho que é preciso isto também eles saberem gerir o seu tempo (…) mas eu acho que se nós formos um enfermeiro por excelência, claro que temos, mas se tentarmos ser um enfermeiro por excelência temos uma tomada de decisão dentro de aquilo que é a nossa possibilidade de autonomia." (EO4HF)

A **experiência** (e intuição) surge como outro dos indicadores da competência de tomada de decisão (Benner, 2001, Standing, 2010) pela possibilidade de comparar a informação disponível com situações de cuidados anteriores e com carácter gradativo, consoante é defendido pela INASCL (2011):

> "A gente decide em patamares. Aliás, a Benner explica isso! Há tomadas de decisão para as quais tu não precisas de muita informação! Não é? Quanto mais souberes sobre o assunto ou sobre o problema ou sobre alguém, mais capaz és de tomar a decisão! Mas também a podes tomar a outros níveis, não é? Se calhar há tomadas de decisão que são imediatas do ir ou não ir fazer isto, não é? E outras que são a médio prazo, a longo prazo." (DE10M)

Numa situação de cuidados que exija decisão, a experiência passada dos estudantes parece activar experiências emocionais anteriores em situações similares que interferem nas estratégias de raciocínio (Damásio, 2004; 2009), aspecto que tambem foi salientado por um docente:

> "Não sabem isso, não sabem porque não tiveram a pensar sobre o assunto! Mas eles ou por via visual, ou por via auditiva, ou por via seja do que for, passaram por determinada experiência! E tomam melhor decisões ou piores decisões (…) O Damásio explica isso, explica isso bem, algo que nasce connosco, é já intuitivo, nós não tivemos um enfarte e sabemos que estamos em risco de vida, não é? E não tivemos essa experiência. Eu não tive essa experiência, mas já ouvi falar dela! Já ouvi falar dela! E ouvi muito falar dela! Eu não nasci um cheque em branco (…) Porque tu não ficas com o registo exclusivamente daquilo que te dedicas a ficar! Aquilo que está em ti e na memória e codificado que vai ser evocado ou não, não foi o que tu decidiste!" (DE9F)

Experiência que, por sua vez, promove um enriquecimento do conhecimento clínico[445] do enfermeiro, a que Tanner (2006) denomina de **aprendizagem clínica,** e que surge no discurso de alguns participantes, quer sejam docentes, quer sejam enfermeiros orientadores.

> "Tu és mais autónoma, quanto mais sabes. Se tu quiseres, quanto mais sabes, mais autónoma és e mais alargas o âmbito da tua tomada de decisão! Com certeza! Não é? E quanto mais decisões tomas, desde que sejam acertadas, mais autonomia ganhas. Porquê? Porque tu aprendes com isso! E portanto, ficas a saber mais." (DE10M)

> "daí eu achar que tomar decisões tem muito que ver com a nossa experiência e conhecimentos." (EO1USFF)

Cada situação é uma oportunidade de aprendizagem clínica de acordo com o contexto e sustentando o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre a acção A incerteza das situações permite aos estudantes adquirir um conhecimento prático como um refinar do conhecimento teórico (Tanner, 2006), como sugere um enfermeiro orientador:

> "A tomada de decisão acho que é algo fundamental na prática clínica. Portanto, é porque na prática clínica é que os alunos ganham a segurança e talvez conseguem conciliar o conhecimento teórico com o prático e através disso conseguirem tomar decisões realmente mais adequadas e não tão bonitas como existem no papel. Porque os casos que nós encontramos no hospital, por exemplo, é uma situação, não são assim lineares como nos livros." (EO2HF)

Uma consciência **ética** pelo estudante, com base na importância do respeito incondicional pelos direitos do outro, contribuem para formar uma consciência ética de relação e a compreensão da dimensão ética dos cuidados (Sousa Pacheco, 2011). Ponto de vista salientado por um docente ao longo do discurso:

> "parece-me a mim, 'casar' não só o conhecimento científico com o conhecimento produzido em termos de cuidados de enfermagem, como o próprio conhecimento ético, que

[445] Outras situações similares de cuidados vivenciadas pelo enfermeiro permitindo-lhe aumentar o seu conhecimento e influenciar as suas expectativas sobre a situação de cuidados (Tanner, 2006).

> é, para mim, que é um conhecimento que incide sobre a dimensão ética do cuidado." (DE5F)

> "agir tendo em conta esta pessoa e levar que o estudante perceba quem está na sua frente para cuidar é também uma pessoa merecedora e em que tem que reconhecer o seu sofrimento. Tem que reconhecer que é um corpo doente, agora a questão do corpo ser relacionada com isso. E estar aberto, quase que fenomenologicamente, colocando sempre entre parêntesis, todos os seus conceitos e valores e perceber quais são os valores para aquela pessoa e como é que eu o posso ajudar. Isto é uma dimensão ética!" (DE5F)

> "a tomada de decisão, do ponto de vista científico, tem que ser também direccionada para a outra dimensão do cuidado que é a dimensão mais instrumental, a dimensão terapêutica, já com finalidades, mas sempre com uma intencionalidade assente na base do respeito por aquela pessoa." (DE5F)

Os fundamentos éticos orientam para uma sensibilidade ética (Standing, 2010) para, a partir deles, prosseguir para a tomada de decisão e a argumentação, reflectir e analisar situações reais, como explicita um docente:

> "que é que eu entendo quando se fala na dimensão ética do cuidado é essencialmente falar, para mim, do agir do enfermeiro. E da intencionalidade do agir do enfermeiro. E é aí que agir, pelo menos, em função do bem do outro, é algo que está subjacente ao agir ético do enfermeiro. Mas não chega! Não chega porque, o que é o bem para mim, pode não ser o bem para o outro. E, portanto, tem que se sempre questionado. A intencionalidade da acção tem de sempre, enfim, em última instância, sempre o bem do outro, mas reconhecendo, lá está, a dimensão ética ajuda-nos a ver e perceber que aquela pessoa para quem nós temos de ter a chamada 'sensibilidade ética', que tem de ser desenvolvida, que é: as pessoas que estão, para já, o que é essa pessoa, o que é que é ela, do ponto de vista ético, também, como é que eu a defino. E do ponto de vista ontológico, quais são as suas dimensões que a caracterizam." (DE5F)

Dois docentes evidenciam a tomada de decisão centrada no utente, ou **colaborativa** (Standing, 2010), sobressaindo a interacção entre o estudante e o utente (King, 1984):

> "a tomada de decisão esteve sempre aí! Na minha óptica, acho que a tomada de decisão foi sempre mal ensinada. Mal apreendida na medida em que, para mim, é uma questão fundamental, é que esta tomada de decisão tem de estar centrada no cliente. Portanto, eu não posso decidir nada sem ter o aval do cliente." (DE4F)

> "Eu não posso estar a cuidar de uma pessoa se eu não souber experiências de vida, significativas dela. Se a pessoa tem um filho que morreu, se a pessoa é um imigrante, ou um desempregado, se a pessoa esteve preso, se a pessoa vai casar, quero dizer, aquelas coisas que são stressantes, que marcam, que marcam a vida daquela pessoa, que são transições... Problemas. Bem ou mal vividas, se isto... Se eu não sei nada disto, eu estou a fazer realmente umas coisinhas à pessoa." (DE4F)

> "implica também para se ter uma dimensão ética e se querer que o estudante aja do ponto de vista ético, tome decisões do cuidado, que para mim, a dimensão ética do cuidado implica a dimensão do cuidado. O tomar decisões não tem só a ver com a decisão ética, tem a ver com este todo que é a pessoa que está na nossa frente." (DE5F)

A importância da interacção do enfermeiro com o utente para avaliar o resultado das intervenções de enfermagem e determinar se a decisão foi adequada (King, 1984; Elliot, 2010; Standing, 2010), também foi um aspecto verbalizado por um docente:

> "Ele tem que dizer que fez o ensino e, hoje, o que é que o doente sabe! Esse ensino é uma interacção e hoje o que é que o doente sabe. Não é o que fez! O que fez é mais fácil porque

> ele mostra-nos o programa, o resultado, é sempre o resultado! O resultado como avaliação da intervenção! E portanto, também acho que é uma estratégia importante para o estudante perceber como é que foi a tomada de decisão! Se foi suficiente, ou se não, se foi excessiva." (DE9F)

A tomada de decisão colaborativa (Standing, 2010), com ênfase na interacção (King, 1984) entre o estudante e a equipa de enfermagem, bem como com os pares, parece estar de acordo com o que Baxter e Boblin (2008) referem como os recursos utilizados pelos estudantes do segundo e terceiro anos do curso, para a tomada de decisão, e como também referido por um dos entrevistados:

> "ele tem que saber perguntar aos colegas, aos enfermeiros do serviço, dados sobre aquele doente e sobre aquela família; tem que saber comunicar com o médico os dados que aquela pessoa tem, precisa e as dúvidas que tem; tem que saber falar com a família e isso não é no primeiro estágio! E saber negociar e saber articular-se com os enfermeiros da comunidade ou com o subsistema para onde aquela pessoa vai!" (DE4F)

Dois docentes salientam a participação na tomada de decisão como um dos requisitos que a tomada de decisão deve obedecer (Elliot, 2010):

> "A minha tomada de decisão no momento em que eu passo a exercer a profissão de enfermagem, é uma tomada de decisão que não me envolve só a mim. Quer dizer, envolve-me a mim, o meu conhecimento, o meu conhecimento enquanto, entre aspas, mestre na coisa, detentor de conhecimento que me possibilita orientar, entre aspas, algumas decisões que a pessoa está a tomar, mas a minha decisão não é vinculativa! Quer dizer, não sou eu que decido o que é que aquela pessoa vai fazer!" (DE6F)

> "é uma preocupação que eu tenho, muitas vezes de fazer pensar os estudantes naquilo que seria a tomada de decisão, sempre participativa. Portanto, partindo do pressuposto que nós sempre participamos na tomada de decisão!" (DE7F)

Resumidamente, a concepção da tomada de decisão pelos formadores parece ser um processo gradativo, com várias etapas em que a tomada de decisão é o culminar de maior complexidade (INASCL, 2011). Sugere-se um discurso centrado no julgamento clínico e na tomada de decisão, embora não pareça corresponder ao que está descrito no currículo, nem que essas concepções lhe serviram de base. Se o currículo se centra na resolução de problemas e na promoção do pensamento crítico, o discurso dos formadores parece atribuir-lhe um menor impacto no desenvolvimento das competências de tomada de decisão. Também parece emergir o papel importante das competências psicomotoras, não sugerindo conformidade com o currículo. Será que este discurso corresponde a uma visão tecnicista do ensino ou a real atribuição do 'saber-fazer' (Malglaive, 1995), imprescindível na formação de enfermagem (INASCL, 2011; White, 2005)?

Perante a relevância[446] e a variedade de indicadores de tomada de decisão presentes no discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores, estruturámo-los utilizando o modelo conceptual de King (1984)[447], nas suas três dimensões do ser humano (estudante de enfermagem, no nosso estudo) em interacção com o ambiente. Assim, emergiram três dimensões: indicadores pessoais, indicadores interpessoais e indicadores sociais (quadro 29). Os 'indicadores pessoais' apresentam maior frequência de registos, num total de oito indicadores, constituídos por: conhecimento; capacidade de decidir; iniciativa; observação; confiança; priorização; experiência e aprendizagem clínica. Seguem-se os 'indicadores interpessoais' com uma frequência de quatro, sendo o respeito, a postura, a consciência ética e a interacção. E terminam nos 'indicadores sociais' com uma frequência de dois, englobando a autonomia/responsabilidade e a argumentação (quadro 29).

Será que a ESEL durante o CLE consegue desenvolver no estudante, a tomada de decisão com todos os indicadores de que define como característicos? Será o discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores um reflexo do que existe na realidade ou a tradução do desejo de reconhecimento do ensino superior de enfermagem?

Quadro 29 – Indicadores de competências de tomada de decisão, segundo modelo teórico de King

Indicadores de competências de tomada de decisão segundo modelo teórico de King	Indicadores	Frequência
Indicadores pessoais	Conhecimento Capacidade de decidir Iniciativa Observação Confiança Priorização Experiência Aprendizagem clínica	8
Indicadores interpessoais	Respeito Postura Consciência ética Interacção	4
Indicadores sociais	Autonomia/responsabilidade Argumentação	2
Total		14

[446] Categoria mais significativa na análise sobre a concepção das competências de tomada de decisão pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores, como exposto na pág. 294 deste estudo.
[447] Ver pág. 128 deste estudo.

Seguidamente, situamo-nos nas estratégias de ensino que os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores utilizaram para promover a aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes.

8.2.2 – Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão

Saber que tipo de decisões os estudantes tomam, ou porque, por vezes, não o fazem, durante a prática clínica, deve estimular os formadores de enfermagem a reavaliarem se o currículo providencia as estratégias necessárias a facilitar o desenvolvimento da tomada de decisão e se os estudantes são suficientemente encorajados a fazer todos os tipos de decisões. (Baxter & Boblin, 2008). Qualquer reforma educativa não se pode restringir só às mudanças no plano curricular mas também à sua operacionalização pedagógica (Bevis & Watson, 2005), como parece referir um docente:

> "o sucesso de tudo isto não se faz só de um bom plano curricular, faz-se depois da operacionalização que é feita." (DE8F)

O processo de aprendizagem deve ser liderado pelo docente, tal como Pacheco e Paraskeva (2000) defendem, sobretudo relacionado com a sua capacidade de interpretar o currículo e de o transformar, na procura de uma hipótese de trabalho que deve interligar as intenções (teoria) e a realidade (prática). Princípio que parece estar presente no discurso de alguns docentes:

> "contar que o estudante já sabe, já traz. Não, não traz! O básico vai ter que aprender comigo e eu sou responsável." (DE4)

> "Eu no fim tenho de fazer sempre a junção de tudo o que falamos. Portanto, não chega terminarmos - "O artigo é isto. Então vamos lá fazer a ligação deste assunto com o que estivemos a falar!". E para ele fazer isto, tem que haver um trabalho prévio, meu de preparação, porque eu é que tenho de liderar, eu é que tenho de fazer a ligação daqueles aspectos na cabeça do estudante." (DE6)

> "Mas é liderada pelo professor! (…) Às vezes não é! Mas tem que ser! Porque os objectivos da aprendizagem são negociados, podes dizer que são negociados a 3! Bom, mas são negociados a 3 mas dentro das balizas que a escola define, não é? E portanto, é uma negociação dentro de determinados parâmetros que são previamente definidos e que correspondem às necessidades de aprendizagem do estudante naquele estádio" (DE10M)

Numa visão mais pormenorizada, expomos alguns trechos dos documentos segundo 'o que se faz'e 'o que se deve deixar de fazer', a categorização que nos serviu de apoio ao longo da análise dos mesmos.

8.2.2.1 – *O que se faz* - métodos tradicionais

As aulas expositivas são frequentemente usados pelo carácter económico que envolvem, quer por permitir a presença de um elevado número de estudantes, quer porque

condensa os conteúdos e permite despender menos tempo que outras metodologias consideradas mais activas (DeYoung, 2009; Gil, 2007), como sugerido por um docente:

> "com turmas de quarenta em que às vezes são turmas de oitenta quando são as aulas teóricas." (DE2F)

Os meios audiovisuais, como as apresentações de «powerpoint», são uma estratégia pedagógica utilizada, mas parece que nem sempre de uma forma eficaz, como criticamente um docente reflecte:

> "Portanto, temos que olhar para as aulas, e o que eu pedi ao X até foi: para ele olhar para as aulas porque vai olhar pela primeira vez, e pensar que os «powerpoint» que estão feitos com toda a matéria e mais alguma, os «powerpoint» terem apenas a informação essencial, tópicos e o que é que nós íamos desenvolver. Faz sentido nós desenvolveremos tudo isto ao ínfimo pormenor?" (DE7F)

O filme, outro dos meios audiovisuais, usado como complemento para uma aprendizagem efectiva procurando motivar os estudantes (DeYoung, 2009), como sugere um docente:

> "Também a utilização de alguns filmes sobre as temáticas em que eles possam reflectir e discutir." (DE1F)

Contudo, as aulas expositivas podem ser utilizadas de um forma mais real e motivante pela exposição do docente, promovendo momentos de discussão e evolvendo os estudantes na análise da própria exposição (DeYoung, 2009; Freire, 2008; Gil, 2007), o que parece acontecer, como refere um docente:

> "tendo noção de que uma carga é substancialmente teórica em alguns conteúdos, é uma preparação teórica. Eu acho que seria muito fácil fazer 50 diapositivos teóricos se eu não tivesse na minha cabeça algum tempo de preparação de como eu vou gerir isto em sala de aula. Quer dizer, ao fim de 10 diapositivos ali a debitar, os estudantes estavam todos a dormir, uns para um lado, outros para outro e não me perguntavam … quando eu que dou continuidade aquele assunto, não vinham no fim expor dúvidas." (DE6F)

> "E eu acho que às vezes sais da sala de aulas, eu este ano dei na parte da tarde, e saía daqui exausta, não era por estar a debitar aqueles conteúdos teóricos, porque tu tens ali 3 h e aquilo é sempre a andar. É isto! Isto é que dá muito trabalho! Honestamente dá trabalho, se nós quisermos!" (DE6F)

A importância atribuída aos conteúdos, origina que preferencialmente, as sessões lectivas sejam atribuídas a especialistas ou peritos nas áreas de conhecimento a ministrar (DeYoung, 2009; Gil, 2009), o que parece ter acontecido na ESEL em algumas situações:

> "Como também as [aulas] teóricas estão juntas, tivemos a oportunidade de optarmos entre os dois docentes que têm aquelas turmas, quem dava o quê." (DE1F)

A pouca 'visualização' dos métodos tradicionais significará que os docentes se querem libertar de um passado recente? Terão os docentes conseguido o predomínio de estratégias que promovam o papel activo do estudante?

8.2.2.2 – *O que se faz* - métodos de promoção de competências psicomotoras

Com base na análise do que foi 'dito' pelos docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores, sustentado no conhecimento apresentado anteriormente sobre o ensino das competências psicomotoras, expômo-las em duas categorias: o ensino com instruções e demonstração; e simulação.

Ensino com instruções e demonstração

A prática repetida, com objectivo de aprender, é um dos pilares do ensino de competências psicomotoras. Se tal não acontece, quer pelo número de sessões insuficientes, quer pelo tempo diminuto para a realização dos treinos, o estudante não aprende, como parecem afirmar alguns formadores (DeYoung, 2009):

> "a grande questão é, ele não repetiu o número de vezes suficiente daquilo que eu pensava que ele tinha aprendido à época. Não repetiu, não aprendeu!" (DE4F)

> "Penso que para trabalhar esta questão, acaba por ser absolutamente necessário [repetir] este treino teórico-prático e até prático com os estudantes. Porque senão, se for uma abordagem teórica em sala de aula sobre o processo de tomada de decisão, corre o risco de aquilo ser decorado para o exame, nem se aperceberem." (DE8F)

> "[o estudante] faz tão poucas coisas que estas aqui que começamos a fazer e que são básicas, deixo-os praticar. Porque a prática leva à perfeição!" (EO3HF)

O ensino com orientações e a demonstração parecem ser duas estratégias muito utilizadas no ensino clínico pelos enfermeiros orientadores (DeYoung, 2009). Por um lado, o estudante vai aprender com base nas orientações disponibilizados em contexto de prática clínica, parecendo ser feita alguma 'tabua rasa' relativamente à sua aprendizagem até ao momento. Por outro lado, só após a demonstração em como já aprendeu, vai tendo gradualmente mais responsabilidades e oportunidade de tomar decisões, como parecem referir alguns enfermeiros orientadores:

> "ele inicialmente está muito mais acompanhado, costumo dizer: na primeira parte que o estudante é o meu auxiliar, ou seja, eu sou enfermeira na mesma, ele é meu auxiliar para aprender algumas técnicas e gradualmente, talvez uns dois ou três dias dependendo do estudante, às vezes demora mais tempo." (EO2HF)

> "É assim que eu estruturo. Ou seja, começar no básico, como tábua rasa, como se eles não soubessem nada e ir começando a aperceber-se do que é que nós fazemos." (EO3HF)

> "como é que a gente faz a abordagem a um doente de cuidados intensivos, como é a higiene, pronto! Acaba por ter particularidades e depois sempre acompanhado vou tentado passar para ele as responsabilidades. Por exemplo: inicialmente estou eu para uma higiene, para um posicionamento, para administração de drogas e assim. Faço mais eu, depois já faço ao contrário, já o ponho a ele na cabeceira do doente e tento muito que ele se sinta como sendo ele o responsável. E depois gradualmente, à medida que eu vou avaliando também como são as apetências vou tentando fazer sentindo-o mais responsável pelas suas actividades e pelas técnicas que vai desenvolvendo, pela relação junto do utente. E passa muito por isso!" (EO4HF)

> "E os primeiros turnos gosto sempre também muito, é acompanhado, explicar tudo! Pronto! Ele pode sentir mais, até por ser do quarto ano que até gostaria, mas pronto, acho que é fundamental!" (EO4HF)

> "Na primeira semana, três, quatro turnos de integração, conhecer o serviço. Geralmente o estudante acompanha, fazemos os dois o que temos a fazer, preparamos medicação os dois, posicionamos, por aí. Depois, a partir daí, tem a ver com o estudante, o número de doentes que ele tem capacidade de ficar. Acho que depende muito do estudante, do ano que ele está. Depois depende das necessidades do estudante." (EO5HF)

Além do enfoque nas competências psicomotoras, aquando da integração, a necessidade de aferir normas com o estudante de lhe dar instruções de como as intervenções de enfermagem são realizadas, parece reforçar a importância das competências psicomotoras, como salientam os enfermeiros orientadores:

> "acho que é essencial primeiro que eles saibam como é que funcionamos em termos de rotinas, quando é que a consulta, as dúvidas que tenham durante a primeira ligação com aquela actividade (…) que é para depois gradualmente irem fazendo e eu deixo-os irem fazendo, passado uma ou duas vezes quando noto que já têm assim mais à vontade em termos de dúvidas e tudo." (EO1USFF)

> "E, os primeiros dias acho que são exactamente fundamentais! Porque aquilo que eu tento fazer, é: primeiro inseri-lo no serviço, que ele perceba, porque acho que é muito importante que ele perceba o espaço, conhecer os locais, os materiais, porque muitos também são novos! Pronto, as técnicas que mais se fazem, o material que é necessário, pronto um bocadinho como é que funciona a dinâmica do serviço." (EO4HF)

Relativamente à demonstração, ela parece ser exigida ao estudante, como medida de segurança e prevenção de erros. Será esta a forma de confirmar o modelo mental que o estudante interiorizou durante a sua aprendizagem? Uma enfermeira orientadora corrobora esta exigência:

> "Sou exigente e isto é até ao fim! Portanto, não podem administrar nada que eu não veja, tem de saber o que é, como administrar, terapêutica endovenosa mesmo no quarto ano, mesmo até acabar, nunca administram sem eu estar! Por exemplo, uma medicação per'os, por vezes, está a acabar o estágio vai ao pé do doente, não vou ver. Agora terapêutica endovenosa geralmente, geralmente não, não podem administrar sem eu ver!" (EO5HF)

Simulação

Exercícios com os estudantes, numa lógica de simulação de exercícios de tomada de decisão, em situação de cuidados e com o pressuposto de repetição e treino para a aquisição da competência, o que parece estar de acordo com o processo gradativo da tomada de decisão apresentado pela INASCL (2011) e estar patente no discurso de um docente:

> "O que tenho feito com a equipa, e agora reportando aos anos mais recente, é precisamente fazer em sala de aula, em grupos mais pequenos, exercícios. Portanto, exercícios, que podem revestir forma vária, mas em que eles, de alguma forma, tenham que tomar decisões sobre que diagnóstico fazer, que intervenção propor, o que optar por fazer num determinado momento. Penso que será dessa forma, ainda sem falar da componente de prática clínica, mas essa é outra vertente, não é? Porque aí, ao fim e ao cabo, é mais um treino de várias tomadas de decisão, os estudantes vão quase, sem querer, diria, apropriando-se e percebendo que estão a tomar decisões e o que é que lhes faltou, o que é que os ajudou para essa mesma tomada de decisão. Portanto, as nossas metodologias para trabalhar este

> assunto, mesmo que não tenha isto no título. Pode ter, quando trabalhamos os assuntos relacionados com o diagnóstico de enfermagem, com o planeamento de intervenções. Naturalmente é muito explícita a questão da tomada de decisão, mas noutras situações, o estudante vai acabando por trabalhar isto de uma forma aplicada em contexto de aula teórico-prática, resolvendo problemas, ou em contexto de aula até de prática laboratorial, como se estivesse a resolver uma situação real, digamos assim. E é isso que se tem feito." (DE8F)

Todo o processo de aquisição progressiva do processo de tomada de decisão, está sustentado na dimensão humana do estudante mas também na pessoa, alvo dos cuidados, dai a importância da aprendizagem por simulação (Lasater, 2007), como parece afirmar um docente:

> "o que eu quero incentivar é que o estudante se prepare para a prática, e perceba que não está a brincar com um boneco, mas está a treinar, num qualquer procedimento de ordem mais instrumental, ou de ordem mais racional, se quisermos fazer esta distinção, mas está de alguma forma a treinar um procedimento que é uma passagem para que depois ele possa fazer com uma pessoa humana." (DE8F)

A parcialização da aprendizagem pode ser uma forma de ensinar competências mais complexas. Os docentes devem analisar cada competência psicomotora de acordo com o nível de complexidade pretendida e dividi-la em partes mais simples (DeYoung, 2009), como parece descrever um docente:

> "o penso. Uma coisa feita mais tardiamente. Eles tinham, eles fizeram, com certeza a prática da assepsia e da abertura de campos. Mas tentou-se também que eles fizessem, de alguma forma, não quer dizer que fosse só na disciplina de Fundamentos, estou a pensar noutras disciplinas que decorreram no ano e que acabaram por dar este contributo, que eles acabassem por, digamos, treinar a decisão sobre que material usar, que tipo de técnica usar, porque se cria uma situação e o estudante. Depois, mais tarde, a algaliação, a situação do senhor fulano tal, esta situação assim e assim: «Então que tipo de algália é que..?». A própria situação ser propiciadora de questionamentos que levem o estudante a ir além do gesto, claro que é importante que ele treine e ele está desejoso de treinar, mas que ele perceba que associado àquele gesto há um conjunto de decisões que não são de somenos importância." (DE8F)

> "Nas primeiras semanas, repara, só conseguiram tomar decisões sobre procedimentos de controlo de infecção, aquilo que aprenderam nas aulas sobre controlo de infecção, mas quando chegarem ao procedimento do penso já conseguem mobilizar. Pronto, aí sim, claro. Porque a quantidade de informação que eles podem mobilizar é completamente diferente, não é? E naturalmente o treino foi paulatinamente adquirido. E aí será diferente, com certeza. Embora, não tenha sido, ou não esteja premeditado, que o principal objectivo seja que aprendam, ali a tomar decisão sobre. Mas está lá, é inerente." (DE8F)

A simulação, por «role playing», pode ser usada para o desenvolvimento de competências de comunicação (DeYoung, 2009), como parece expor um docente:

> "estou lembrar-me porque desde estudos de caso que foram apresentados em situação de comunicação e ensino com «role playing»." (DE1F)

O carácter divertido que a aprendizagem por «role playing» pode significar (DeYoung, 2010), parece estar presente na ESEL:

> "Por vezes também se fazia, e isso era nas aulas que eu trabalhava com a Z, havia «role playing», também! Também fazíamos muito «role playing»! Que era engraçadíssimo!" (EO6HF)

O estudo caso, permite uma simulação mental que se traduz na "capacidade de imaginar pessoas e objectos de forma consciente e transformar essas pessoas e objectos através de várias transições e, finalmente, imaginá-los de um modo diferente daquele pensado no início" (Klein, 2000, p. 65). A construção mental de conjuntos de estados e de transições leva a uma sequência da acção e permite o desenvolvimento da tomada de decisão, como equacionado por um docente:

> "a propósito de metodologias, por exemplo, uma coisa que se experimentou o ano passado e que já se decidiu que no próximo ano vai acontecer é: todas as práticas serem baseadas em situações." (DE8F)

A valorização da simulação como estratégia educacional, distante das práticas tradicionais de ensino clínico e focada em opções mais adequadas à situação individual de aprendizagem do estudante (Godinho & Amendoeira, 2012), é defendida e sugerida também por um docente:

> "uma coisa que se pode discutir, que nós nunca discutimos, é se é lícito que o aluno tenha de praticar no doente situações que ele próprio não praticou no modelo. Nós não discutimos isso, mas para mim é uma grande questão que está. Pelo doente, por ele próprio, pelo docente que é responsável pela aprendizagem dele e para mim, estas PL [praticas laboratoriais] também lucravam com uma redefinição. Ou seja, no fundo, no fundo eu defendo o seguinte: que o aluno não tem que fazer aquilo que é uma experiência que lhe permita ser avaliado como competente em cada uma das áreas." (DE1F)

Estará o ensino das competências psicomotoras da ESEL afastado da centralidade de outrora? Conseguirão os docentes ir além do desenvolvimento das competências psicomotoras, a um nível mais elevado de raciocínio, de resolução de problemas e de tomada de decisão?

8.2.2.3 – *O que se faz* - métodos de promoção de pensamento crítico

A categorização da análise dos dados sobre os métodos de promoção de pensamento crítico incidiu nas seguintes categorias: discussão, questionar, mapeamento de conceitos, aprendizagem baseada em problemas e reflexão focalizada.

Discussão

Apesar da discussão não ser eficiente na apresentação de novas informações, é de extrema importância para que os estudantes processem activamente o que aprenderem através de outros meios de ensino (Gil, 2007). A discussão parece ser utilizada em algumas situações de ensino, na ESEL:

> "Nós fizemos isso na pediatria, é essencial nós discutirmos com os alunos para eles estudarem." (DE1F)

> "todas as semanas era discutido um caso que um estudante, um ou dois, que as pessoas queriam ir discutir no sentido de aprofundar o conhecimento em enfermagem." (DE5F)

> "um grupo apresenta e temos os comentadores, e cada grupo coloca obrigatoriamente uma questão sobre aquela situação." (DE5F)

> "Em que todo o grupo estava junto e em que arbitrariamente fazíamos a pergunta, quem é que queria responder aquela pergunta. Claro que também incentivávamos alguns e tentávamos perceber, e a partir dali criávamos também momentos de discussão." (EO6HF)

Quando se considera a discussão, um dos benefícios que esta promove é o desenvolvimento da capacidade para a comunicação clara das ideias e dos significados (Gil, 2007). A discussão, como estratégia de ensino pode ser um meio eficaz para a promoção do pensamento crítico, o que parece estar presente no discurso de três docentes:

> "Vou discutir é: apresente-me a situação e formule o diagnóstico, formule o plano de intervenção. O estudante que chega ao fim do curso e que não sabe fazer isto, nas situações que não habituais, não está preparado para integrar o mercado de trabalho!" (DE4F)

> "porque depois isto prende-se com a tomada de decisão, prende-se a questão de consentimento e como é que o consentimento é conseguido, não é? E quais faces que ele toma. E portanto, estas situações são trazidas à sala de aula para serem discutidas." (DE5F)

> "Eles têm que fazer o confronto entre vários artigos! Entre vários, pensar! Discutir entre eles! Utilizar as horas de TA [trabalho autónomo] para nos chamarem, para nos inquirirem." (DE6F)

Outro dos benefícios da discussão é o esclarecimento de dúvidas e de conceitos, pelo reforço de alguma explicação por parte do docente, ou dos outros estudantes (DeYoung, 2009), e como parecem concordar docentes e orientadores:

> "Quando algum estudante me põe uma dúvida que eu acho que é extremamente pertinente, eu proponho que ele pense um bocadinho mais no assunto e depois deixo um bocadinho, vou deixando bocadinhos para nós discutirmos." (DE6F)

> "Eu não posso terminar uma discussão com os estudantes quando eu sei, quando eu percebo que as questões que estão a emergir são extremamente importantes!" (DE6F)

> "às vezes quando fazem estudos clínicos discuto os casos com eles, dou bibliografia que às vezes tenho mais específica, dependendo das situações, e às vezes discutimos os diferentes pontos de vista: o meu como profissional, o deles como alunos onde é que nos cruzamos e onde é que estamos díspares, e tentar perceber qual seria a melhor forma talvez de intervir. Eu posso ter uma perspectiva diferente dele mas não quer dizer que a dele não esteja correta, na mesma." (EO2HF)

Questionar

O questionamento, de como pensar criticamente sobre as situações, parece ser entendido como estratégia de aprendizagem ao longo da vida:

> "eu acho que os estudantes devem sair daqui com essa necessidade. No fundo, de se questionarem, e quando digo de se questionarem é de não acharem que têm sempre razão, que eles é que sabem, é mesmo questionar aquilo que fazem e aquilo que lhe dizem para fazer. Acho que esse espírito tem que ir com eles, também para não se acomodarem muitas vezes às situações que lhe vão surgindo e acho que isso ajudará nas suas tomadas de decisão diárias." (DE7F)

Questionar pode ser usado para avaliar o conhecimento prévio dos estudantes, para determinar o que um grupo de estudantes sabe sobre um tema. E permitir ao docente aferir os conteúdos a leccionar de acordo com o conhecimento base do grupo (DeYoung, 2009), como também verbalizou um docente:

> "Já fiz, por exemplo, questões em que já não espero o senso comum, já espero um pouco mais para quê? Para eles perceberam que vão aprender bastante! Quer dizer, para eles perceberem no fim … às vezes sou surpreendida! Às vezes tenho estudantes mais do que eu própria espero. Mas no meio das perguntas, faço assim 3 ou 4 em que eu digo, estes tiveram que andar a ver isto. Tiveram que ler alguma coisa sobre este assunto e podem ser elementos chave numa turma!" (DE9F)

O não dar resposta, o obrigar a irem à procura, resulta num questionamento como estratégia para despertar o interesse do estudante para desenvolver os seus conhecimentos. A metodologia socrática[448], de orientar o estudante para a consciência da sua ignorância despertando-o para o conhecimento, parece estar subjacente na estratégia metodológica de devolver as questões, utilizada por vários formadores (Benner et al, 2010; Gil, 2007; Valiga, 2009):

> "tenho duas maneiras de fazer. Uma é perguntar como é que faz, perguntar como é que eu faço isto ou estou a pensar fazer isto (...) De outro modo, eu tenho de perguntar "Vai fazer isso, mas vai fazer isso porquê? E faz dessa maneira e não faz daquela maneira porquê?"(DE10M)

> "Às vezes há situações que tento, devolvo a questão de uma forma: "Não funciona, vamos …". Tentar orientar de outra forma." (EO2HF)

> "eu também tenho um método que é quando eles me perguntam uma coisa eu devolvo-lhe a pergunta igualzinha e digo: «Não faço a mínima ideia! É melhor procurares em casa.»" (EO3HF)

> "Porque acho que às vezes também é importante uma estratégia que é o devolver a pergunta. Agora até mudando mas também acaba por estar, fez o BM[449], eles vêm-nos dizer: «Olhe, tem uma glicémia de X!». «E? Então o que vais fazer?». Não é eu dizer: «Olha prepara uma infusão de insulina para». Gosto de devolver a pergunta: «Então e agora o que se faz?». Para eles me virem dizer o que se faz. Acho que é outra coisa também muito importante é o devolvermos a pergunta para os fazermos raciocinar." (EO4HF)

> "O interesse! O interesse! Em primeiro lugar o interesse. Só aprende quem quer, não é? Há pessoas que são mais limitadas. O que eu peço geralmente é que a pessoa não sabe, não tem mal, está cá é para aprender. E portanto, não sei: «amanhã vais pesquisar e depois dizes-me o que é que tu achaste». Eu, geralmente pergunto sempre, nunca dou respostas." (EO5HF)

> "a nível de escrita, aquilo que vou transmitir e então tento não, eu tento não lhes dar nunca respostas concretas, faço mas perguntas, perguntas, perguntas." (EO6HF)

O medo da crítica, no questionamento, deve ter em conta a pessoa do estudante e a do docente, para não gerar comentários ofensivos em relação às opiniões expressas (Gil, 2007), como concorda um docente:

[448] Ver pág. 204 deste estudo.
[449] Termo comummente utilizado na prática de cuidados para a avaliação da glicémia capilar.

> "Eu não posso questionar um estudante com coisas que eu não sei discutir com ele!" (DE6F)

As questões factuais parecem ser utilizadas para verificar o nível de conhecimento dos estudantes em relação aos factos (Gil, 2007; Krau, 2011), opinião partilhada por docentes e orientadores:

> "O que é que eu faço?". O que eu faço é, questiono! Questiono como, questiono como fez, muitas vezes quando questiono como, não pergunto como fez, pergunto o que encontrou! Começo logo a perguntar o que é que encontrou para argumentar, o que fez que é para o estudante não, não, a ideia é (…) é ele perceber que tudo, que todas as tomadas de decisão implicam conhecimento!" (DE9F)

> "perguntamos sempre características, o que é que acha, qual é o tratamento. " (EO1USFF)

> "Eu primeiro testo-os. Se vejo uns sinais vitais, eu pergunto, não basta avaliar, porque é que eu avalio, quais são as características e portanto, vou explorando desta forma, desta forma, os conhecimentos. Não avalio porque é rotina: «Agora vamos avaliar a PVC [pressão venosa central]!». Tem que perceber porque é que volta a avaliar, não é? Tenho de ir monitorizando, e porque é que vou monitorizando. E se o doente tem hipotensão: «porquê se levanta, porque é que não vou levantar o doente? Não posso, porquê?»." (EO5HF)

Promover a articulação com os conhecimentos adquiridos e com experiências passadas para assegurar que o estudante sabe interpretar um sinal ou sintoma no utente, é o que parece ser feito pelo questionamento de enfermeiros orientadores e um docente através da questão 'E então?'. Também Benner, *et al* (2010), referem o uso da questão 'So what?' para orientar os estudantes no seu processo de raciocínio crítico, a nível conceptual:

> "Como é que o estudante se apropria do saber, para torná-lo seu, é outra questão. Como é que a sua compreensão o integra nos seus âmbitos e nas suas referências de acção, aí já é uma questão pessoal. Em que é difícil… que pode ser estimulado factores externos de perguntas de questionamento, de análise, de o levar, mas não há uma garantia que no final dos quatro anos este saber que com o plano indutivo poderia dar 'X' e deu 'X+Y'." (DE5F)

> "E depois "ah, está ali infectado", não é? "Então e nestas situações, o que acha?" É tentar fazê-los perceber que é preciso pedir orientação não só nossa, não é? Mas em termos médicos também. Eu acho que é importante não só explicar "Olhe, tens que fazer isto, mas não levá-los a pensar o que é que existe e o que é que, para além daquilo que nós fazemos em termos de equipa de intervenção e o que é que é necessário, não só naquela situação." (EO1USFF)

> "Então, é uma coisa que nós tudo bem: «Queres fazer, com certeza!» e quando eles vêm - «Então?». «Ah…» e dizem os valores. «E então?». Eu uso muito 'e então?'. Portanto, quando eles notam alguma coisa 'e então?' com uma cara assim para eles perceberem o que é que aquilo implica também alguma coisa ou não!" (EO3HF)

> "O que o estudante faz, o que nós fazemos tem sempre um objectivo e portanto, não se pode fazer as coisas porque se fazem! Não é? Portanto, antes de eu fazer ou antes de o estudante fazer, temos de perceber porque o fazemos, não é? E se a pessoa perceber o que está a fazer e entender qual é a finalidade e porque é que se faz aqui assim e não se faz, portanto, é aí que ele está preparado, mas antes de se ir para o campo, de se ir para ao pé do utente, tem de perceber eu e ele, porque é que fazemos as coisas, não é? Não é fazer por fazer, é questionar! Não é perguntar se ele sabe mas é questionar porque é que se faz!" (EO5HF)

A capacidade de análise, de decompor em partes para promover a compreensão da estrutura e da interligação entre os elementos constituintes, parece estar presente na forma de, docentes e orientadores, ensinar os estudantes:

> "têm um doente que está numa sépsis por exemplo ou numa falência multiorgânica: «Têm tudo? Não. Temos fígado? O fígado está a falir? O que é que acontece aqui? O que é que nós poderemos ver? E isso vai ter consequências obrigatoriamente aqui? E o que é que vê daí? E agora tente juntar as várias peças do puzzle para conseguir ver onde nós vamos intervir, ou o que é que podemos fazer para este doente?»." (EO2HF)

> "é o recurso às questões, inúmeras questões que vão surgindo, mesmo no domínio ético! A tomada de decisão mesmo no domínio ético! Não é tão fácil, não é? Não é tão fácil! E essas, quando as coisas não se percebem se correram bem, se não correram bem, a gente tira, vai sempre encontrando um panorama de questões que podem ter acontecido." (DE9F)

> "dava no quarto ano, as orientações de monografias. Mas também aí o raciocínio é sempre o mesmo, é mais do que dar respostas, fazer perguntas!" (DE10M)

> "o trabalho de profundidade que eles tinham de fazer, as perguntas que eram feitas eram já no sentido de eles terem de ir aprofundar, eram já no sentido até mesmo nas reuniões e nas discussões, portanto, de não ficarem pela rama. E depois havia um trabalho de sistematização, ser capaz de sistematizar o essencial." (EO6HF)

A fundamentação, como resposta decorrente do questionamento, inclui o uso de critérios para julgar, tendo em conta o valor das ideias, soluções e métodos. A avaliação inclui outros níveis de cognição (Krau, 2011). Tal exercício de conhecimento cognitivo parece estar exposto nas 'palavras' de alguns formadores:

> "no meio daquele procedimento é suposto que ele já consiga perceber e já consiga porque já aprendeu outras coisas porque é que lava as mãos na etapa tal e não lava as mãos na etapa tal. "Então diga lá, lava agora ou lava depois?" Portanto esta questão vai acabar por estar subjacente e ser avaliada pela, ao fim e ao cabo, mais uma vez, pela correcção com que o estudante justifica, acaba por justificar, aquilo que está fazendo . E por base disso, estão com certeza pequenas decisões e pequenas porque podem realmente ser muito simples , não é? Aparentemente muito simples. Dizes: - "Escolha o cateter tal ou o cateter tal", pode ser uma decisão simples, mas o que é facto é que ele vai ter de o fazer e com estudantes numa fase tão inicial as decisões, penso que têm de ser estas assim, ainda muito simples e claro que depois há coisas um bocadinho já mais complicadas no final do semestre, quando eles começam a ter um conjunto de informação e tentando fazer decisões de natureza diagnóstica, e também de natureza procedimental, ou seja, dizer "Com que é que avanço? Com que intervenções? Com esta ou com outra?". Isto vai-se complexizando." (DE8F)

> "eu não pergunto assim: «O que fez?» Pergunto: «O que é que? Como é que justifica aquilo que fez?». Portanto, ir logo com o passo à frente para ele não pensar que aquele passo à frente pode ser dado depois! Para ele antecipar, quando tomar a decisão, se souber, que tem que estar fundamentada." (DE9F)

> "o meu método é esse: «vais fazer porquê?». «Ai, porque…».«Oh, enfermeira posso colocar oxigénio, naquele senhor?». «Porquê?». «Está um bocadinho dispneico, eu notei, ele não tem estado, agora fez um esforço e ficou». Portanto, é uma tomada de decisão." (EO3HF)

Mapeamento de conceitos

O mapeamento de conceitos, como estratégia de raciocínio, parece ser utilizada em contexto de ensino teórico, como referido por um docente, para fomentar o desenvolvimento da competência de tomada de decisão:

> "na ASE [Analise de Situações de Enfermagem] o que fizemos foi reunir para dizermos a finalidade desta unidade curricular, o grupo de cada um dos anos tem, cada um dos regentes tem uma experiência, vai continuar no essencial com aquilo que é específico sobre o juízo clínico (…) Mas quais são as competências que nós esperamos e definimos gradativamente? Portanto, exactamente, porque apercebemos, lembra, que no segundo ano eles não sabiam ir às bases de dados, não sabiam fazer uma ficha? Portanto, definimos que nós queremos que eles tragam essa competência, a X irá fazer o seu papel, e garantiu isso. De modo a que, no segundo ano, o estudante possa começar a fazer o mapeamento de conceito, que possa primeiro formular hipóteses, depois mapeamento de conceitos, o modelo que seja progressivo até ao quarto ano." (DE4F)

A fraca representatividade que o mapeamento de conceitos parece ter no discurso dos docentes significará desconhecimento por esta estratégia ou resistência à sua inclusão no conjunto de metodologias a autilizar?

Aprendizagem baseada em problemas

Aprender, baseado em situações problemas, de que a tomada de decisão em enfermagem está presente em todas as intervenções de enfermagem, como demonstram docentes e orientadores:

> "se eles fazem a análise de uma situação e descrevem os passos que tiveram, mas nós podemos questionar que outra informação é que eles necessitavam de ter para tomar decisão, e se aqueles dados são suficientes para ele tomar uma decisão . Se o tomassem daquela maneira, que circunstâncias é que, ou que consequências é que isso poderia ter, para si e para o outro." (DE5F)

> "Do controlo de infecção. Exactamente, a transmissão de infecção. Porque são básicas para tudo e são relativamente «soft», enfim. Mas mesmo aqui é possível colocar uma situação em que eles tenham que, com o pouco conhecimento que ainda têm, fazerem alguma decisão e começarem a perceber que nada se faz sem que se tome decisões, em Enfermagem. O que é extraordinário quando eles se apercebem disso. E nós próprios pensarmos que é verdade, e quando eu decido se faço uma higiene, uma lavagem de um tipo, ou uma lavagem de mãos de outro tipo, eu tenho que ter conhecimento e tenho de decidir qual é que faço" (DE8F)

> "é um bocadinho do que eu faço também! É que o estudante seja mais seguro na argumentação, mais profundo na argumentação das tomadas de decisão, dele e das que vê!" (DE9F)

> "enquanto aluno, se calhar, a imagem global, é sempre uma perspectiva muito complicada e não conseguem, afunilar, como se costuma dizer. Pegar num pequeno problema e trabalhar através disso e vêm o problema todo no seu todo." (EO2HF)

As situações problemáticas actuais são uma fonte de aprendizagem da tomada de decisão para o estudante de enfermagem (Kong *et al,* 2014; Valiga, 2009), e como concordam os docentes:

> "numa formação a partir dos diagnósticos de enfermagem, eu estou à procura da boa solução, não é? Aqui na análise de situações há que argumentar e elaborar argumentos não é? De diferentes soluções possíveis, porque há sempre várias soluções. Portanto, não aponta para uma, aponta para várias e portanto se eu usar um raciocínio que me procure que me leve a optar por uma das possíveis soluções que são racionais e que eu as justifico e fundamento não é? Quer dizer a minha ideia é esta. Foi talvez das coisas que mais valorizei durante este processo de aprendizagem." (DE3F)

> "exactamente face àquelas famílias de situações, está a ver? Há coisas que têm que ter. São mandatárias! O estudante tem que se saber. Tem que se saber cuidar de uma pessoa com hipertensão, com diabetes, um idoso, um desempregado, um sem-abrigo. As pessoas, a multiculturalidade, aquilo que a gente sabe que está a acontecer todos os dias, percebe? Não é aquela coisita que aparece de quando em vez!" (DE4F)

> "Como é que nós desenvolvemos estas questões também é muito através de situações que são trabalhadas em sala de aula e que a propósito do tema que se está a tratar, trago uma situação que tenha ocorrido e tenha sido relatada na comunicação social." (DE5F)

Orientação dos estudantes para a fragilidade da tomada de decisão e para a forte possibilidade de uma decisão desadequado quando esta não abrange a real dimensão da situação de cuidados. Um dos aspectos desta aprendizagem baseada em problemas é que a estrutura da situação permite ao estudante ir 'descobrindo' quais os cuidados de enfermagem que considera adequados à situação (DeYoung, 2009), como também verbalizado por um docente:

> "um exemplo de uma situação que se viveu este ano na disciplina de ASE [Análise de Situações de Enfermagem]. Não estou propriamente a falar de fundamentos, mas da disciplina de ASE que foi eles analisarem situações de enfermagem. Que, aliás, como manda o tema. Pronto, para além de outras abordagens, houve um ponto do conteúdo daquela disciplina que era realmente analisarem situações de enfermagem. E, portanto, uma coisa que se notou e que os alunos tiveram de ser orientados, tiveram de fazer uma orientação tutorial para a realização de esse trabalho, foi precisamente na tomada de decisão perante os dados que lhes eram dados. As situações nunca são situações completas, não é? Dificilmente os estudantes têm toda a informação necessária e frequentemente ou tomavam decisões, decisões diagnósticas até de decisões de prescrição, de intervenção, atropelando tudo quanto era princípio, com base no 'acho que', com base no preconceito, enfim. E o trabalho era precisamente ajudá-los a perceber que estavam a tomar decisões com pés de barro, estavam a tomar decisões ignorando este e este aspecto. E depois quando eram alertados para isto: «Ah, pois! Realmente, esse dado não temos cá». Porém, já tinham tomado a decisão, nem que fosse uma decisão de diagnóstico, já a tinham tomado." (DE8F)

A orientação sustentada em aprendizagem por problemas serve para o estudante conseguir escolher o caminho, a opção que pensa ser a mais adequada embora nem sempre seja uma estratégia fácil para quem orienta, como exemplifica uma enfermeira orientadora (DeYoung, 2009):

> "O PBL! Que não era puro obviamente, já começámos com ele pouco puro e depois a longo do tempo fomos inquinando. Mas sou franca, deu-me um prazer enorme aqueles primeiros anos em que fizemos, não puro, mas ele ainda estava com alguma. E realmente ainda hoje lido e trabalho com estudantes que já não são estudantes, que são profissionais, e não vou dizer que foi esse momento que os condicionou, mas realmente me deram muito prazer e que hoje ainda os vejo como profissionais com capacidade de decisão, e isso para mim é muito importante. A minha preocupação é não lhes dar caminhos e tenho de me controlar eu própria." (EO6HF)

A resolução de problemas, como estratégia de desenvolvimento da competência de tomada de decisão dos estudantes, com destaque para o processo de raciocínio mais do que para o resultado a que o estudante chega (DeYoung, 2009; Kong, *et al*, 2014), análise também exposta por um docente:

> "E pessoalmente, isso foi muito interessante e acho que para os estudantes foi muito revelador, acho que às vezes eles quase ficavam chocados com eles próprios e diziam: «como é que eu consegui decidir isto, ou pensar isto?». Sabendo que às vezes um determinado pensamento, um determinado rótulo de diagnóstico tem subjacente uma decisão que é tomada sobre o que está em questão. E eles ficavam às vezes um pouco chocados como é que tinham atropelado tudo e chegado a determinada proposta de intervenção e diagnostico. As coisas que inventaram! Exactamente, por um lado, por falta de conhecimento num conjunto de coisas, naturalmente porque são bastante iniciados, mas sobretudo porque atropelaram todo um processo e não foram sequer capazes de perceber o que não sabiam e que era preciso saber para poder decidir. Foi muito interessante eles perceberem e chegarem à conclusão, pelo menos alguns grupos, que: «OK, então a primeira coisa que nós precisamos de perceber nesta situação é o que é que nos falta saber para podermos avançar. Isso perfeitamente, é isso mesmo!». Isso, foi um exercício feito em grupos sob orientação tutorial em que o trabalho foi um bocadinho este, eles deram muita importância à prescrição de intervenções. Pessoalmente, estava muito mais interessada neste caminho do descobrirem que, fosse a situação A, ou situação B, para o caso, pouco importava. Era eles perceberem que não tinham a informação toda para fazer uma qualquer pequena decisão que estivesse ali subjacente, precisavam de acautelar um conjunto de aspectos e isso foi qualquer coisa que foi descoberto ao fazer o exercício." (DE8F)

As unidades curriculares de 'Análise de Situações de Enfermagem' e de 'Ética e Deontologia em Enfermagem' parecem contribuir para o desenvolvimento da competência de tomada de decisão do estudante, como descrevem três docentes:

> "[Análise de Situações de Enfermagem] Tem uma situação norteadora, mas é criada pelo grupo e fundamentada, está a ver? Eles têm que ir aos dados epidemiologicamente relevantes, aos problemas de enfermagem relevantes, ao ciclo de vida. Há-de ser uma família, por exemplo, é óbvio que quarto ano, é comunitária, há-de ser uma família que elementos... Tem de ter, pelo menos, três pessoas em três estágios de ciclo de vida diferentes. Nós damos assim só duas ou três dicas." (DE4F)

> "para te dizer que a disciplina de análise [Análise de Situações de Enfermagem] obriga-te, obrigou-nos a fazer um raciocínio que era uma coisa que eu não tinha experiência nenhuma. Gostei da experiência, acho que complexificámos este ano, a professora X sobretudo, complexificou-a, mas levou-nos ali a outro nível, portanto eu o que é que eu senti estes anos, senti mais satisfeita porque senti os alunos a crescer ao longo da unidade curricular." (DE7F)

> " [Ética e Deontologia em Enfermagem] em relação ao processo de tomada de decisão, por exemplo, nós fazemos situações que damos e trabalham em sala de aula e em grupo, e que mesmo que não haja tempo de apresentar naquele momento, levam o trabalho para casa, é continuado o seu trabalho, e depois na aula a seguir apresentam-no. Portanto, muito uma metodologia activa, com pequenas situações em que eles têm que fazer e elencar o algoritmo do processo de tomada de decisão, com aquilo que é um algoritmo, não é? Em que apresentado aquele, aplicando aquele algoritmo lhes garante o processo de tomada de decisão tendo em conta todos os passos." (DE5F)

No entanto, na perspectiva de docentes e orientadores de estágio, a unidade curricular de 'Ensino Clínico' com as situações reais de cuidados parece assumir-se como o

local privilegiado para a realização e respectiva avaliação da tomada de decisão pelo estudante:

> "acho que a melhor maneira de o fazer é em situações de ensino clínico. Aí, sim, para mim, é um campo de excelência onde a tomada de decisão pode ser feita. Pode ser feita, não! Pode ser pedida, reflectida porque é focalizada uma situação própria e tem outro significado que não tem falar em sala de aula." (DE5F)

> "em ensino clínico, os casos são muitos reais, são reais, são concretas, as situações são concretas e portanto é muito mais fácil de nós encontrarmos situações para tomada de decisão, o que me parece importante. O que me parece importante é que o estudante não identifique uma única solução! Para ter a abertura, personalizar as intervenções e para também não dar a situação como totalmente identificada e delimitada. Porque os casos vão-se transformando, vão sendo outros e vão sendo parecidos e portanto, a tomada de decisão face a uma intervenção pode não estar, se a gente não abre estes caminhos pode correr o risco de o aluno pensar, de o estudante pensar que é só esse o caminho! E portanto, é sempre encontrar diferentes soluções! Se as houver! E se eu for capaz! E se o estudante for capaz! E portanto, tentar sempre que não se encontre uma única solução e portanto, que determina a tomada de decisão." (DE9F)

> "àquele doente, com aquela situação, que faz aquela medicação, que tem aqueles efeitos secundários, que tem aquele apoio em casa ou que não vai ter, e portanto, consegue-se falar melhor disso." (DE9F)

> "nos cuidados intensivos temos muitas situações muito complicadas, muito delicadas tanto do foro técnico, como psicológico e familiar, tento reflectir. Às vezes chamo outros casos mais complicados, acho que é importante para o estudante começar a construir os seus alicerces e fundamentá-los bem para se preparar para a vida real." (EO2HF)

> "aproveito as situações para ir explorando o porquê das coisas: «Se eu não sei, vou saber». Portanto, se eu não sei porque é que não faço um levante a um doente com hipotensão, portanto, no dia seguinte vem-me dizer. Nesse dia não levantamos o doente e no dia seguinte, depois exploramos." (EO5HF)

> "fazíamos grupos no máximo de dez estudantes, a quem era dado um caso, uma situação clínica que podia versar determinadas coisas que nós previamente, a equipa pedagógica, determinávamos naquele caso quais eram as temáticas clínicas que iam ser abordadas e depois estabelecíamos um grupo, sensivelmente também de 10 perguntas (…) Numa fase inicial eles tinham até oportunidade de ir aos locais de ensino clínico onde iam, por exemplo, pesquisar e ver processos. Portanto, isto era previamente combinado, não é? Iam ver processos, e não me lembro se eram 2 se 3 dias que podiam ir lá, não tinham que estar os 2 ou 3 dias seguidos, combinavam e articulavam-se que era para também não irem todos ao mesmo tempo e eles portanto, faziam pesquisa faziam, faziam as perguntas que queiram, combinávamos com os locais, não é? Faziam as perguntas que queriam e depois de terem recolhido um pouco do contexto da prática clínica, terem visto um bocadinho o contexto, tinham aquela situação e deveriam de responder. A metodologia de resposta do grupo não estava na nossa decisão, eram eles que a decidiam!" (EO6HF)

O reforço da aprendizagem da tomada de decisão pela resolução de problemas num discurso com verbo no futuro, sugere alguma não adequação actual e um idealizar de uma aprendizagem que não se realiza no momento presente? Sobre este aspecto, um docente referiu:

> "é muito importante para os nossos estudantes e ajudá-los a fazer este percurso, em contexto prático. E quando digo prático, não falo necessariamente clínico, mas em contexto de sala de aula, numa resolução de problemas, na resolução de situações de enfermagem. Escolhendo nós os instrumentos que quisermos, mas em que eles sejam levados a tomar

> decisão de uma forma prática e possam apropriar-se de todo o processo, esquecendo em contra-informação que se calhar até já decoraram e esqueceram, digamos assim, para um momento específico de avaliação." (DE8F)
>
> "Claro que também posso sempre ter decorado que simplesmente para fazer o procedimento tal tenho de lavar as mãos com a técnica X. Mas eles também rapidamente percebem que isto não funciona assim. E portanto, a decisão que está tomada para o ano seguinte é que vai passar logo desde o princípio o que testámos para o final da disciplina de Fundamentos, no ano anterior, os procedimentos serem apresentados logo com uma situação em que eles vão treinar, com certeza, e vão-se pelar por isso, mas que não passam sem tomar algumas decisões." (DE8F)

Reflexão

O ciclo Gibbs[450] parece ser reconhecido como uma das estratégias utilizadas nos diários de aprendizagem ou na reflexão de incidentes críticos promovendo uma reflexão sobre a acção, como referem alguns docentes e enfermeiros orientadores (Holland & Roberts, 2013):

> "o jornal de aprendizagem foi só porque usámos o nome, os artigos que tinham o jornal de aprendizagem. Nós já usávamos este registo, no fundo são registos de interacção, são diários, são reflexões, que alguns faziam semanalmente, outros faziam diariamente. Chamamos-lhe jornal de aprendizagem e instituímos que neste ensino clínico fariam, pelo menos, uns dois jornais de aprendizagem (…) dois neste ensino clínico! Que seriam discutidos com o orientador e que desses diários, as orientações que se deu, demos orientações do diário, foram aquelas do ciclo de Gibbs. Portanto, no fundo, tentando investir, penso que a maioria de nós tentou investir naquilo que é a reflexão sobre situações da prática de cuidados." (DE7F)
>
> "estes jornais de aprendizagem tinham um objectivo, como é óbvio, da aprendizagem dos estudantes. Portanto, deveriam ser uma reflexão sobre o momento em que o estudante esteve envolvido numa determinada situação de cuidados e que reflecte sobre ela!" (DE7F)
>
> "Os diários de aprendizagem para mim são de uma mais-valia extraordinária (…) O ciclo de Gibbs acho que é extraordinário! Acho que é muito estruturante! Acho que precisa de ser mais enfatizado na própria escola, na metodologia, tem que ser muito, acho que as aulas têm que ser construídas naquela base! (…) ciclo de Gibbs, porque para tomar decisões eu tenho de reflectir! E para reflectir, eu tenho de saber tomar opções!" (EO6HF)
>
> "Faço, acima de tudo (…) registos e reflexões! Discussão de planos de cuidados, é outra das formas que eu também consigo avaliar, mas através das reflexões eu consigo muito bem chegar, porque quando eles fazem uma reflexão é sobretudo sobre coisas que os preocupam! E normalmente as coisas que os preocupam têm a ver com, a preocupação tem a ver quando eles são postos perante uma situação em que tem que realmente de tomar uma decisão! Ou que devem tomar um decisão! (…) E isso eu consigo ver muito bem através das reflexões, do ciclo de Gibbs, consigo ver muito bem as clínicas também, porque por vezes também aparecem diários de aprendizagem que vão mais para a decisão clínica mas essas vou muito pelos registos diários" (EO6HF)

A reflexão que o ciclo Gibbs assinala na última etapa do seu processo – preparar para o futuro, parece permitir ao estudante interiorizar a reflexão para que na próxima intervenção saiba como actuar, e auxiliar na tomada de muitas decisões que fazem durante a prática dos cuidados (Sullivan, 2012). Os docentes também apresentaram a sua perspectiva:

[450] Ver pág. 186 deste estudo.

> "continuo a pensar que este jornal deve ser mais centrado no estudante, nas dificuldades do estudante, na problematização de situações a partir do estudante, ou da situação de cuidados em que o estudante esteve envolvido." (DE7F)

> "O estudante num diário de aprendizagem relata que assim, e não sabe o resultado. Nós conseguimos ter resultados de intervenções, algumas. Estas não temos! Muitas vezes não temos! Muitas vezes! Então é encontrar diferentes consequências daquela atitude! E eu acho que isto também prepara para uma próxima situação! Para uma próxima tomada de decisão! Também prepara!" (DE9F)

> "O que é que pode ter acontecido com essa intervenção que é para quando o estudante se encontrar numa situação similar já perceber que tem que pensar ou pedir ajuda, pelo menos e não intervir, ou pedir ajuda." (DE9F)

Os jornais de aprendizagem parecem ter surgido com o objectivo de promover a capacidade reflexiva do estudante (Santos, 2009; Valiga, 2009; Waldow, 2005):

> "[o jornal de aprendizagem] era um dos instrumentos para desenvolver uma competência, mas não tinha uma percentagem, não tinha, estás a perceber? O que é que aquilo demonstrar? A reflexão sobre a própria prática. Ou seja, qual é a capacidade reflectiva deste estudante? É descritivo? Tu sabes que muitos destes jornais são descritivos! É uma situação disto, daquilo não reflectem nada! Portanto, a capacidade de reflexão que vem desse jornal é que me interessava! Não é propriamente a avaliação do jornal, é a avaliação da capacidade que o estudante tem para reflectir!" (DE7F)

Um dos docentes parece destacar a reflexão e o desenvolvimento que os estudantes conseguem atingir através dos jornais de aprendizagem (Santos, 2009):

> "houve estudantes que através do diário do jornal, tu consegues perceber que conseguiram crescer nessa capacidade de reflexão sobre si próprios, sobre a prática dos cuidados, sobre aquilo que devem fazer!" (DE7F)

Mesmo que seja em situações de avaliação dos trabalhos realizados pelos estudantes, um dos docentes parece salientar a reflexão que é feita com os estudantes, como promotora da competência de tomada de decisão na medida em que avaliam o que fizeram bem e menos bem, e que os prepara para o futuro (Santos, 2009):

> "ajudamos os estudantes a perceberem em que medida em que determinada escolha que fizeram, determinada opção que fizeram, contribuiu mesmo bem para aquilo ou contribuiu pobremente para. Isto é qualquer coisa que pode parecer: «Ah, é uma crítica ao trabalho». OK, é uma crítica ao trabalho, só que parece-me particularmente útil que eles percebam exactamente em que medida é que fizeram boas escolhas e más escolhas. Seja na dinâmica de como se organizaram, quer seja pelos textos por onde foram, quer seja ignorando algumas orientações que foram dadas, ou aceitando algumas orientações que foram dadas (…) e esta avaliação acaba por redundar, ser feita através do grau de obtenção, do grau de atingimento de resultados esperados, mas havendo a preocupação, pelo menos da minha parte, de dar-lhes esta informação, de ajudá-los a perceber em que medida o processo que os conduziu à elaboração e àqueles resultados finais, foi um processo em que eles tomaram boas ou más decisões. Porque, ao fim e ao cabo, a vida é feita disso! E os trabalhos resultam melhor ou pior em função das decisões que os grupos tomam." (DE8F)

> "quer em teste, quer em prática quando o estudante acaba por dar resposta a estas questões, mais uma vez, posso estar a ver mal a questão, mas pela equação da sua resposta, percebe-se se a tomada decisão se foi bem feita. E percebe-se o que é que quando lhe perguntamos: «Mas porquê?». Percebe-se que ele decidiu com base em escassa informação, em informação que desconhece, em preconceito, em qualquer coisa que lhe tenha minado a decisão." (DE8F)

O mesmo docente parece reforçar a orientação como momento de reflexão e avaliação pelos estudantes, das tomadas de decisão subjacentes ao trabalho realizado:

> "ajudá-los a perceber que esses constrangimentos se calhar poderiam ter levado a outro tipo de decisão, ou terem pedido ajuda noutro momento, ou terem antecipado o trabalho (…) E uma das coisas que se pude fazer com todos os grupos que orientei foi precisamente, a estes em que eu acho que esta decisão foi mal, porque eles não tiveram oportunidade depois de beneficiar de orientação, foi fazê-los perceber isto." (DE8F)

A promoção da reflexão, parece ter sido a estratégia de desenvolvimento da competência de tomada de decisão dos estudantes (Valiga, 2009; Santos, 2009), segundo um enfermeiro orientador e o «feedback» positivo demonstrado por duas estudantes:

> "Enquanto orientadora da prática passa muito por aí! É realmente na orientação dos registos escritos, promover muita reflexão, sobretudo promover muita reflexão! Achei graça, que estas duas últimas estudantes que eu tive que eram fraquinhas, estavam fraquinhas, fraquinhas, mas deu-me um prazer tão grande perceber como elas foram desafiadas e aceitaram os desafios, e depois eram elas que me pediam mais." (EO6HF)

A auto-reflexão parece emergir como forma de permitir aos estudantes tomarem consciência da sua autonomia e da capacidade individual para tomarem decisões (Santos, 2009), como manifestou um enfermeiro orientador:

> "uma das coisas que lhes peço é que eles me apresentem uma reflexãozinha sobre autonomia e sobre decisão ! E isto é transversal! Dependendo dos estudantes que apanho já me aconteceu no quarto ano e é engraçado que eles ficam muito admirados com as descobertas que depois fazem! Porque realmente o conceito estava baralhado na cabeça deles e portanto, eu não posso crer que um estudante num primeiro e até no segundo ano, diga que atingiu o objectivo de ser autónomo!" (EO6HF)

A avaliação do processo de enfermagem parece ser um momento de reflexão para o estudante, e de validação das suas tomada de decisão, relativamente às intervenções que planeou para o utente à sua responsabilidade. Um docente analisou-a no seguinte contexto:

> "Porque às vezes tento confrontar os estudantes com a objectividade: «Porque quando eu for lançar a sua nota, a sua nota não é a X e eu acho que você até é um rapaz simpático, e aqui eles vêem a coisa muito pela forma, é um rapaz simpático, portanto, se calhar terá entre o 16 e o 17!». «Quando eu estou a trabalhar consigo, eu vou à substância e eu quero ver, se você para além da forma simpática que tem com os doentes, que é fundamental a simpatia e o optimismo, se você também tem substância!». Portanto vamos ver se o seu processo de enfermagem foi feito com substância. E quando confronto o estudante com o doente e estamos ali um bocado todos a conversar." (DE6F)

8.2.2.4 – *O que deixar de fazer* - inibição e barreiras do pensamento crítico

Um dos docentes reforça a responsabilidade do corpo docente para a aquisição de conhecimentos pelo estudante, como elemento necessário a uma tomada de decisão adequada e eficaz. Será uma barreira ao pensamento crítico em que o estudante só aprende o que o docente diz? (Valiga, 2009). Ou pelo contrário, o docente reporta-se a uma abordagem centrado no estudante, em que a aquisição de conhecimentos é um processo de construção? (Perrenoud, 1999).

> "Certo de que aqueles diapositivos servem para validar o meu conteúdo teórico implícito, ou seja, eu tenho que dar aquele conteúdo teórico, porque nós temos de ter a noção de que a enfermagem é radicada e a tomada de decisão assenta no conhecimento que ele [estudante] tem." (DE6F)

Naturalmente, muitos dos professores defendem que são o único meio do estudante aprender e admitem que tudo o que estes têm de saber, deve ser veiculado por eles (Valiga, 2009). Esta premissa de que o estudante só aprende o que o professor diz, parece estar presente no discurso de um docente:

> "Mas nós achamos que os estudantes sem professor não aprendem." (DE7F)

> "é evidente que houve imensas, mas imensa críticas à introdução deste instrumento [projecto de aprendizagem], porque há muitos professores que acham inclusivamente que estes estudantes não sabem, não fazem, não podem fazer projectos porque nós é que sabemos o que é que eles vão lá aprender e não eles propriamente fazerem um projecto!" (DE7F)

Também a estruturação das sessões lectivas e o sentimento de 'pouco tempo' para leccionar parece provocar nos docentes uma forma de apresentar as temáticas sem margem para dúvidas ou discussões, e consequentemente, sem possibilidade de pôr os estudantes a pensar (Valiga, 2009), como parece ser exposto por um docente:

> "Mas o que eu sinto, X, não dá! Não falo disso, não consigo! Quando tu me dizes - "Como é que promoves?". Não promovo! Porque as aulas são dadas a correr e isto tem de mudar! Tem que mudar no sentido de quê? Provavelmente eu nas aulas tenho que me limitar, mesmo, a dizer aquilo que acho que é essencial e a orientar para! E esse exercício ainda não está feito! Ainda não o fiz, quer dizer, há 2 anos seguidos por causa dos atropelos em termo de tempo tenho de fazer, tenho de fazer isto, não há tempo para reformular isto ou aquilo." (DE7F)

A forma como os estudantes são orientados para a pesquisa ou na elaboração de trabalho parece, nem sempre ser explicitamente focada na aprendizagem do estudante, como promotora de pensamento crítico e da tomada de decisão. Pelo contrário, parece fazer-se num modelo passivo, reconhecido como tal pelos estudantes, como uma forma de agradar ao docente. Será esta uma das formas de ensino behaviorista de que ainda não nos conseguimos libertar (Bevis & Watson, 2005)? Um docente pareceu-nos concordante com esta perspectiva:

> "a nossa responsabilidade nesta preparação efectiva para a tomada de decisão, cai aqui toda! Nós não abrimos o leque! Nós damos, sugestionamos trabalho e depois se nós sugestionamos trabalhos para o trabalho autónomo do estudante em que vai naquela onda de que: «o que você tem que procurar é isto!». Então o estudante diz: «Ah, o que este professor quer, é … o que é que é isto!». E como é que se vive com isto?" (DE6F)

A documentação que os docentes disponibilizam aos estudantes, incluindo indicações muito precisas de como efectuar os trabalhos, com o objectivo de ter todos os tópicos 'à mão', pode dificultar a percepção da importância dos recursos, o que podem fazer e como conseguir a informação necessária (Valiga, 2009), como sugere um docente:

> "fiz um documento com uma página e pouco, de tópicos, sob a forma de tópicos, para não ser um texto massudo, mas de alertas para o estudo, para a preparação para a frequência (…) Um conjunto de pistas para que eles possam, inclusive de alguma forma, prepararem-se mas também decidir o que faz, o que não faz, e o que estuda e o que não estuda." (DE8F)

A elaboração de alguns testes de avaliação de conhecimentos parecem inibir o pensamento crítico e dificultar a tomada de decisão do estudante (Alfaro-LeFevre, 2013; Valiga, 2009), como criticamente um docente refere:

> "Eu fiquei parva quando o ano passado, este ano, fui tomar conta de um teste e vi um teste de psicologia de cruz! Não sei quantas folhas de cruz! Mas eu até reconheço que para trezentos e tal, não seja fácil, mas eu percebo que não se façam teste para trezentos e tal alunos com perguntas abertas, de desenvolvimento, médio ou longo desenvolvimento. Eu isso até percebo. Eu ia-me caindo tudo ao chão quando vi um teste de psicologia de cruz! Isto realmente é capaz de levar ao marranço! E se tu estás habituada a decorar para despejar, tudo isto não cria uma pessoa com a tal capacidade de tomada de decisão, não é? Tu precisas de desenvolver muito mais o teu espírito crítico, desenvolver muito mais o raciocínio, saber comentar. E tu, sistematicamente, o que te pedem é que saibas fazer cruzes, ou é sim ou é não." (DE2F)

Parece haver necessidade de os tutores clínicos reconhecerem o seu papel sobre a forma como podem ensinar os estudantes a tomarem decisões. É necessário que os formadores permitam ao estudante avaliar as suas necessidades de aprendizagem e como pode melhorar ou ultrapassar os seus pontos fracos, promovendo um desenvolvimento do seu pensamento crítico e, posteriormente, da sua tomada de decisão sobre os cuidados que presta (Baxter, 2006; Valiga, 2009). Reflexão que parece emergir nas palavras de um enfermeiro orientador:

> "em termos de tomada de decisão, por exemplo a nível de medicação, aí é que eu acho que não se deve promover, não se deve promover a autonomia ao estudante . Penso que ele deve sentir-se sempre pressionado que é uma forma, pressionado não, observado, que é uma forma de perceber que é importante, é importante fazer as coisas correctamente e que o erro, o erro terapêutico é fácil de cometer. Portanto, não pressionado, mas sim observado. Portanto, mesmo os estudantes do último ano, nunca lhes dou autonomia total em relação à terapêutica, endovenosa nem à outra." (EO5HF)

Um certo maternalismo protector que inibe a autonomia do estudante, que promove um estudante passivo e reactivo, em vez de proactivo, parece significar algum dilema entre o que os formadores desejariam ser e as suas intervenções, como alguns nos relatam:

> "não é porque sejam tontos, mas se eles não se aperceberem da informação e se a informação for «soft» e eles perderem a oportunidade de tomar consciência dela e obvia-se isso tornando um pouco redundante." (DE8F).

> "E não é, [sermos] mãezinhas (…) [a Enfermagem ainda tem] uma imagem muito maternalista." (EO2HF)

> "Muito maternalismo! Acho que tem que haver muito mais responsabilização, tem que haver muito menos facilitação maternal de ir arranjar as soluções. Já está ai a tomada de decisão! Porque isto é um conjugar do social com o profissional! Eu, olha no outro dia nas organizações dos estágios em que a professora dizia - "São estágios para 4 estudantes que chumbaram!". E eu pergunto: - a escola fez um esforço para que os estudantes viessem fazer o estágio em Setembro para depois conseguirem entrar? Por alma de quem? O

> estudante tem mesmo é de passar! Não passou, ingressa no outro grupo! A escola é tão boazinha que faz isso!" (EO6HF)
>
> "Mas temos de olhar para dentro e ver que isto não é saudável para o estudante! Isto não prepara para a vida! Isto não faz crescer a profissão! Porque depois acha que há sempre alternativas, acha que há sempre uma hipótese, acha que depois aquilo deixa de ser uma alternativa que alguém lhe dá, para ele achar que é um direito! E depois já não procura, e depois já não se esforça. E eu acho que isto é o desvirtuar da preparação para serem homens! Acho que é preciso nós cortarmos um cordão umbilical que temos porque depois eles não crescem! Eu sinto é que há alguns que com estas almofadas não conseguem crescer!" (EO6HF)

Será que as intervenções pedagógicas dos formadores estão centradas num certo maternalismo/superprotecção do estudante? Ou antes pelo contrário, centradas nos interesses dos formadores?

Em jeito de conclusão, na ESEL os 'métodos de promoção do pensamento crítico' parecem dominar as estratégias pedagógicas utilizadas, com 70% das citações, seguidas dos 'métodos de promoção das competências psicomotoras' com 16%. 'O que deixar de fazer' e os 'métodos tradicionais', em conjunto, representam 14% das citações, com 10% e 4%, respectivamente para cada (quadro 30). O discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores parece querer romper com uma visão mais tradicionalista do processo de aprendizagem. A problematização da aprendizagem e a reflexividade sobre as situações de cuidados vivenciadas parecem ser os pilares de mudança que emergem ao longo dos dois últimos anos do CLE. Será que o processo de aprendizagem decorre de maneira diferente no primeiro e no segundo ano da formação de enfermagem?

Pelo discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores, a ESEL sugere ter uma concepção de educação crítico-reflexiva (Tacla *et al*, 2012), contudo, o processo de ensino parece ter algumas áreas menos homogéneas. O currículo, embora se centre na resolução de problemas e na promoção do pensamento crítico, parece ter um vazio relativamente ao julgamento clínico e à tomada de decisão. Também a promoção das competências técnicas, como método pedagógico, parece ser minimizado no discurso, como se significasse uma 'fuga' a um passado recente, parecendo desvirtuar o lugar próprio que o 'saber-fazer' (Maglaive, 1995) deve ter. Será o discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores um reflexo do que existe na realidade, traduzindo-se em algumas mudanças no ensino de enfermagem? Ou será a tradução do ensino superior de enfermagem que desejam?

Quadro 30 – Estratégias de ensino apresentadas pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores para o desenvolvimento da tomada de decisão

Estratégias de ensino apresentadas pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores para o desenvolvimento da tomada de decisão		Frequência por sub-categoria	Percentagem por sub-categoria
O que se faz	Métodos tradicionais	6	4%
	Métodos de promoção de competências psicomotoras	22	16%
	Métodos de promoção do pensamento crítico	96	70%
O que deixar de fazer		13	10%
Total de frequência e percentagem por categoria		**137**	**100%**

Saber como experienciam os estudantes o processo de tomada de decisão e que decisões tomam durante o contexto dos ensinos clínico, foi o que nos orientou para a análise, que expomos a seguir.

8.3 – A visão descritiva[451] do processo de aprendizagem da tomada de decisão - *olhar dos estudantes de enfermagem*

Os estudantes de enfermagem têm expectativas de demonstrar competências de tomada de decisão durante o seu processo educativo, mais especificamente na prática clínica. Expectativas que, para serem correspondidas, têm que ser subsidiadas pelo ensino e pela aprendizagem dessas competências, durante o curso de formação em enfermagem (Roberts, 2013). Caracteristicamente, os estudantes de enfermagem tomam decisões não de uma forma rápida, mas que podem ser agilizadas à medida que desenvolvem os seus conhecimentos. No entanto, é importante o tempo que demoram a recolher informações para sustentar a sua tomada de decisão e tal não deve ser subestimado (Roberts, 2013; Thompson & Staply, 2011).

Durante todo o processo educativo, o desenvolvimento das competências de tomada de decisão deve ser um ponto fulcral da formação de enfermagem, embora as competências da tomada de decisão no processo de cuidados sejam desenvolvidas no contexto da prática

[451] Tendo presente o carácter pessoal que a tomada de decisão em situação de cuidados acarreta (Neves, 2005; Tanner, 2006), analisámos aqui como os estudantes descreviam, a nível individual, as decisões no processo de cuidar.

clínica, sob a orientação de um tutor[452] clínico, usando técnicas de reflexão estruturada (Garret, 2005). Sendo o contexto clínico um contexto de mudança, aos estudantes de enfermagem é esperado pelos docentes de enfermagem e pelos enfermeiros orientadores que demonstrem capacidade para tomarem decisões, num ambiente muitas vezes ele próprio em mudança (Baxter & Rideout, 2006). Daí que na compreensão de como os estudantes aprendem, interiorizam e tomam decisões sobre o processo de cuidados (Waldow, 2005), seja importante a interacção destes com os utentes para a interpretação do processo de tomada de decisão (Campbell, 2008; King, 1984).

Perante a complexidade que a tomada de decisão no processo de cuidados representa para os estudantes de enfermagem (Baxter & Rideout, 2006), debruçámo-nos sobre o registo dos diários de aprendizagem e de notas de campo elaboradas em ensino clínico, de modo a analisarmos como tomavam decisões e quais as decisões que tomavam, como expomos seguidamente.

8.3.1 – O processo de tomada de decisão desenvolvido pelos estudantes

A importância da tomada de decisão na prática de enfermagem originou alguns estudos sobre o desenvolvimento dessa competência durante a formação em enfermagem (Gillespie, 2010, Thompson & Staply, 2011), centrando o alvo das atenções nos estudantes (Campbell, 2008; Garret, 2005; Park, 2012; Standing, 2007; Tschikota, 1993; White, 2003) e nos métodos de ensino para a sua aprendizagem (Botti & Reeve, 2003; Gerdeman *et al*, 2013; Lasater, 2007). Já em 1993, Tschikota, descreveu e analisou o processo de tomada de decisão dos estudantes de enfermagem, apresentando várias etapas que o estudante utilizava para tomar decisões, tendo surgido outros estudos posteriormente incidindo nesse âmbito (Campbell, 2008; Park, 2012).

Para a compreensão de como a ESEL promovia a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, e entendendo a interacção como resultado das acções e reacções que ocorre entre o utente e estudante, baseamo-nos no modelo teórico de King (1984) e na sua definição de tomada de decisão para análise de como os estudantes tomavam as decisões.

Assim, foi realizada uma análise aos diários de aprendizagem e aos diários de campo, dos estudantes em ensino clínico, tendo esta incidido nas etapas do processo de tomada de

[452] Como referenciámos na pág. 145, na ESEL não existia a figura de tutor, sendo considerado como tal, o docente de enfermagem e o enfermeiro orientador da prática clínica, que acompanham o estudante no ensino clínico e são responsáveis pela sua aprendizagem.

decisão, segundo o modelo desenvolvido por King (1984), como consta no apêndice III. Constatamos que todos os 47 estudantes definiram o problema; todos apresentavam análise dos dados obtidos; a grande maioria (42 estudantes) seleccionou a melhor hipótese de intervenção; bem como a quase totalidade de estudantes (43) estabeleceu o plano de acção e todos efectuaram a avaliação do processo. De referir que só na etapa de 'definição do problema' os estudantes se cingiram a uma unidade de registo para esta subcategoria, nas restantes, alguns estudantes apresentaram mais do que uma e na 'avaliação' a maioria apresentou duas unidades de registo para esta subcategoria (quadro 31).

Quadro 31 – Etapas do processo de tomada de decisão, segundo King

Etapas do processo de tomada de decisão	Frequência por sub-categoria	Frequência por categoria
Definição do problema	47	**289**
Análise dos dados obtidos	67	
Selecção da melhor alternativa	51 (5 não seleccionaram)	
Plano de acção	48 (4 não referenciaram acção)	
Avaliação	76	

Especificando, passamos a transcrever excertos dos diários de aprendizagem e das notas de campo realizados pelos estudantes, através da estrutura de análise efectuada.

8.3.1.1 – Definição do problema

O processo de tomada de decisão abrange uma situação, factos ou um problema (King, 1984) e a sua compreensão perceptual (Tanner, 2006), como parece exposto na descrição dos estudantes:

> "Eu e a minha colega já estávamos de saída, pois tínhamos realizado o turno da manhã, quando vi, sentado no corredor, um dos jovens internados." (3E-7)

> "A D. M. é uma senhora que está grávida e que tem vindo a fazer redução da dose de metadona desde que soube estar grávida." (3E-16)

> "Ao apercebermo-nos que estavam presentes alguns dos possíveis participantes, dirigimo-nos ao encontro do pai que estava há mais tempo no serviço." (4E-2)

As decisões regulam a vida dos enfermeiros estando baseadas nos seus valores, conhecimentos e experiências passadas, daí que sejam individuais, pessoais e subjectivas (King, 1984; Tanner, 2006), como parecem descrever dois estudantes:

> "após regressar do bloco operatório, este menino mostrou-se bastante agressivo e ansioso perante os enfermeiros do serviço." (3E-31)

> "Nesse dia tinham ficado a meu cargo cinco utentes. Destes, 2 iriam ter alta e 1 iria nessa manhã ser transferido dos cuidados intermédios para a enfermaria." (4E-4)

Perante os dados expostos sobre as etapas do processo de tomada de decisão segundo King (quadro 31), parece não ter havido dificuldades para os estudantes identificarem o problema sobre o qual tinham que decidir que intervenções de enfermagem realizavam.

8.3.1.2 – Análise dos dados obtidos

As decisões dependem das circunstâncias (King, 1984) e do desenvolvimento da compreensão necessária à situação (Tanner, 2006):

> "Mesmo com a intervenção rápida do enfermeiro Carlos, a D. E. não conseguia respirar. Apesar de todos os esforços, estava a ser muito difícil reverter a situação." (3E-1)

> "Quando comecei a abordar a questão da terapêutica anticoagulante, o senhor começou a sentir-se tonto e a apresentar-se pálido." (4E-1)

No decorrer da análise dos dados obtidos, existe uma permanente interpretação dos dados e do estabelecer de objectivos (King, 1984):

> "Ele apresentava uma postura muito abatida e uma expressão infeliz." (3E-7)

> "Quando a enfermeira disse aos pais o que se passava, estes mostraram-se bastante ansiosos com a situação." (3E-14)

> "a menina começou a espernear e contrair os músculos de uma forma que não esperava." (3E-21)

> "o abdómen estava distendido foi um pouco difícil de palpar algum globo vesical." (4E-8)

Todos os estudantes parecem ter conseguido analisar os dados obtidos (quadro 31), tendo alguns apresentado várias unidades de registo nesta subcategoria. Será que este desenvolvimento da capacidade de análise é reflexo de uma interiorização do pensamento crítico?

8.3.1.3 – Selecção da melhor alternativa

As decisões devem ser orientadas para os objectivos pretendidos. Quando se faz a selecção de pôr em prática uma alternativa específica, devem tomar-se muitas mais opções (King, 1984). O que parece estar contido nas palavras dos estudantes:

> "Achei que deste modo, ao comunicar com as utentes 'mais influentes' pudesse de certo modo habituar as outras à minha presença o que poderia facilitar uma futura abordagem." (3E-3)

> "Apenas podemos (e foi o que fizemos) informar sobre os riscos e benefícios, explicar algumas estratégias que podem utilizar, orientar ou fazer, se for desejado, pelos pais." (3E-31)

As percepções da pessoa que toma decisões repercutem-se na selecção das alternativas (King, 1984), como sugere o discurso de dois estudantes:

> "acabo por chamar a enfermeira para descodificar a mensagem. Isto acabou por ser uma alternativa que utilizei quando era incapaz de comunicar."(4E-3)

> "fui chamar o enfermeiro orientador para verificar se a Dª C. estava a reter urina." (4E-8)

Pelo facto de nem todos os estudantes apresentarem uma melhor opção seleccionada (quadro 31) sugere que terão tido dificuldades no julgamento da situação?

8.3.1.4 – Plano de acção

A finalidade da tomada de decisão é seleccionar um curso de acção que possa ser efectuado no menor tempo, com o menor custo e com o melhor resultado possível (King,1984). Ou seja, escolher de entre as alternativas para uma decisão eficaz (Marquis & Huston, 2012; Thompson & Dowding, 2009). Esta tomada de decisão parece estar patente nos relatos dos estudantes:

> "eu e a enfermeira segurávamos no seu braço e fazíamos de tudo para resolver o problema no menor tempo possível." (3E-31)

> "comecei por perguntar quais os conhecimentos que a senhora tinha em relação à confecção de alimentos." (3E-36)

> "optámos por levar a cabo a nossa intervenção no berçário do serviço." (4E-7)

O acto de agir sustenta-se no raciocínio clínico efectuado (INASCL, 2011; Tanner, 2006) e a decisão do curso de acção, adequada ao contexto de cuidados. Esta pode passar por uma 'não acção' (Neves, 2002), como parecem demonstrar alguns estudantes:

> "optei por não me aproximar demasiado, e acabei por não entrar dentro do quarto (…) Assim, limitei-me a observar." (3E-2)

> "Nesta altura fiquei em silêncio." (3E-27)

No quadro 31 podemos constatar que nem todos os estudantes apresentaram resultados nesta subcategoria. Embora alguns tenham referenciado a opção por não agirem, terão os estudantes sentido dificuldade de intervir perante a situação de cuidados vivenciada?

8.3.1.5 – Avaliação

Como refere King (1984), a tomada de decisão é um processo contínuo de análise, onde os dados vão sendo interpretados e relacionados com os objectivos estabelecidos. Ideia partilhada por Tanner (2006) na última etapa do seu modelo de tomada de decisão, a reflexão

que se faz sobre a acção e na acção. Emerge assim, a capacidade do estudante 'ler' o utente, saber como está a responder às intervenções de enfermagem e ajustar as intervenções com base na avaliação realizada. Os discursos dos estudantes parecem traduzir esta capacidade de análise:

> "Deveria ter feito um ensino mais aprofundado relativamente à contracepção oral, percebendo inicialmente os conhecimentos da Sra. C. L. e transmitindo os conhecimentos que achasse essenciais para a promoção da saúde da utente." (3E-30)

> "a minha intervenção nos cuidados do pós-operatório penso que devo tentar personalizar mais principalmente no que diz respeito à criança." (3E-37)

> "fez-me ver que é essencial que os ensinos para a alta sejam realizados de forma gradual e faseada no tempo." (4E-1)

Cada situação é uma oportunidade de aprendizagem clínica face ao contexto e sustentando o desenvolvimento da capacidade de avaliação (King, 1984). Os estudantes vão adquirindo experiência o que contribui para o desenvolvimento do seu conhecimento clínico e da sua capacidade de tomada de decisão, em situações futuras (Tanner, 2006), como parece referir um estudante:

> "Penso que poderia ter sido menos influenciada pelos meus valores e sentimentos e por isso numa próxima situação tenciono ser mais objectiva e profissional, quer para me proteger, quer para melhorar a minha intervenção junto dos utentes." (3E-5)

Como referido anteriormente (quadro 31), a maioria dos estudantes apresentou várias unidades de registo para esta subcategoria, parecendo traduzir-se numa acção muito desenvolvida e sentida como necessária pelos estudantes. Será este o modo utilizado para minimizar a insegurança que os estudantes sentem em ensino clínico e nas suas tomadas de decisão (Garret, 2005; White)? Terá este desenvolvimento da avaliação correspondência com o predomínio dos métodos de pensamento crítico, exposto pelos formadores?

Pela análise dos diários de aprendizagem e de notas de campo, foi possível constatar que os estudantes maioritariamente desenvolviam o processo de tomada de decisão na sua totalidade, ou seja, com as cinco etapas do processo descrito por King (1984). No entanto, perante a questão que emergiu - que tipo de decisão os estudantes tomam? – submetemos os documentos a uma segunda análise, numa triangulação teórica, para uma maior compreensão das decisões que os estudantes tomaram, como descrevemos de seguida.

8.3.2 – As decisões que os estudantes tomam

Conhecer os tipos de tomada de decisão que os estudantes realizam (e as que não realizam), deve induzir os formadores de enfermagem a reavaliar se o currículo fornece os

meios necessários para facilitar o desenvolvimento da tomada de decisão e se os estudantes são estimulados a participar na tomada de todo o tipo de decisões (Baxter & Boblin, 2008).

Partindo do pressuposto que a apreciação tem um papel importante na tomada de decisão para um processo de cuidados eficaz e seguro, os formadores de enfermagem devem incentivar os estudantes a agir sobre os dados que apreciaram, com base nos seus conhecimentos e, à medida que progridem na formação, na sua experiência. A tomada de decisão só irá melhorar se os estudantes forem ensinados a apreciar de forma sistemática, a colher dados, a planear, a implementar e a avaliar os cuidados de enfermagem (Baxter & Boblin, 2008).

A análise da tipologia da tomada de decisão que os estudantes descreveram nos seus registos foi sustentada pela categorização desenvolvida por Thompson e Staply (2011), como referido anteriormente[453]e que está presente no apêndice III. Os autores caracterizam seis tipos de tomada de decisão (intervenção, focalização, temporização, comunicação, gestão e compreensão)[454] que foram utilizados numa nova análise dos diários de aprendizagem e das notas de campo. Verificamos que no total dos 47 estudantes, a tomada de decisão de comunicação foi a de maior representatividade com 15 unidades de registo, seguida da tomada de decisão de compreensão com 14 unidades de registo, da tomada de decisão de intervenção com 9 unidades de registo, e por fim da tomada de decisão de temporização e a de focalização, com 5 e 4 unidades de registo, respectivamente. É de salientar que nenhum estudante parece ter tomado decisões de gestão de cuidados (quadro 32). Será que os estudantes tiveram dificuldade em organizar as intervenções no processo de cuidados? Terão os enfermeiros orientadores e os docentes de enfermagem permitido que o estudante gerisse os cuidados a prestar?

[453] Ver pág. 42 deste estudo.
[454] A categorização incluía também quatro tipos de julgamentos (diagnóstico, descritivo, avaliativo e preditivo) mas pelo teor do nosso estudo não foram incluídos na análise.

Quadro 32 – Tipos de tomada de decisão dos estudantes, segundo Thompson e Staply

Tipo de tomada de decisão	Frequência por sub-categoria	Frequência por categoria
Decisão (intervenção)	9	**47**
Decisão (focalização)	4	
Decisão (temporização)	5	
Decisão (comunicação)	15	
Decisão (gestão)	0	
Decisão (compreensão)	14	

Apresentamos seguidamente, trechos dos diários de aprendizagem e das notas de campo elaborados pelos estudantes em ensino clínico, analisados segundo a categorização referida.

8.3.2.1 – A decisão de comunicação

O conceito de comunicação é um dos conceitos estruturantes na transacção em enfermagem[455], segundo o modelo teórico da King (1984). Ele traduz-se na partilha de pensamentos e opiniões entre o estudante e o utente de modo a facilitar a cooperação e a interacção entre eles (King, 1984). Esta mutualidade na relação permite uma ligação entre o estudante e o utente na qual os estudantes conseguem interpretar o comportamento do utente e saber, com precisão, identificar os seus problemas e as suas necessidades (Campbell, 2008).

Durante o terceiro ano do curso, os estudantes demonstram um nível crescente de confiança nas suas capacidades de comunicação com a equipa de enfermagem, bem como com o utente e como incluí-los na sua tomada de decisão (Baxter & Boblin, 2008), como parecem demonstrar os seus relatos:

> "Por me sentir inseguro, decidi no início abordar utentes que aparentemente pudessem revelar uma maior predisposição para falar comigo, que me permitissem nesta fase inicial perder alguns dos medos que me atormentavam." (3E-3)

> "Comecei por pedir autorização à cliente para 'quebrar o gelo' conversar com ela sobre a gravidez e a sua evolução." (3E-8)

[455] Os quatro conceitos do processo de transacção são: percepção, comunicação, interacção e transacção (King, 1984), como exposto na pág. 129-130 deste estudo.

> "Tentei fazê-lo de forma a que a L. não se sentisse ameaçada nem contrariada, tentando mantê-la focada na actividade (…) o tentar focalizá-la na actividade, tive a intenção de a dispersar dos pensamentos que tinha." (3E-13)

> "Perante esta verbalização, eu e a enfermeira voltamos a sentar-nos perto dos pais do L. e a consulta prolongou-se por mais 40 minutos." (3E-14)

> "Acho que, apesar de não o ter feito, teria sido importante aqui ter 'devolvido' à D. M. alguns dos sentimentos que estavam implícitos no seu discurso, mas que não foram verbalizados." (3E-16)

Os estudantes do quarto ano do curso descrevem uma importante mudança nas suas decisões de comunicação. Conseguem envolver, com confiança, outros profissionais de saúde e o utente nas suas discussões acerca dos cuidados a prestar (Baxter & Boblin, 2008), como parece patente no discurso de um estudante:

> "procurei validar a informação que ia fornecendo e incentivar o utente a colocar dúvidas." (4E-1)

Os estudantes parecem referenciar uma interacção com os utentes nos quais os resultados das intervenções são os dados mais importantes que os estudantes colheram e aprenderam a interpretar no processo de tomada de decisão (Campbell, 2008). A reflexão crítica sobre os benefícios dos cuidados de enfermagem, associados às tomadas de decisão que tiveram de realizar, habilitam-nos a desenvolver as suas competências de tomada de decisão (Elliot, 2010).

8.3.2.2 – A decisão de compreensão

O desenvolvimento do estudante, durante o curso de enfermagem, relativamente ao conhecimento, experiência e auto confiança permite-lhe demonstrar uma grande compreensão do contexto clínico. Quando o estudante é capaz de reconhecer as diferenças entre os utentes, começa a compreender as diferentes decisões clínicas que o enfermeiro realiza (White, 2005), como refere um estudante:

> "Achei que aquele momento era um momento 'deles', o momento dos pais se despedirem do filho (...) Achei que não seria o momento para entrar no quarto, uma vez que seria a primeira vez que o casal me iria ver, para eles seria uma pessoa 'estranha', uma vez que nunca tinha tido nenhum outro contacto com eles." (3E-2)

Compreendendo o contexto clínico, o estudante começa também a compreender a adequação das decisões feitas no ambiente clínico (White, 2005), o que parece ter acontecido com dois estudantes:

> "percebi que o facto de a ouvir já era uma ajuda." (3E-5)

> "Perante esta situação senti a necessidade de não intervir." (3E-12)

O estudante começa a compreender o contexto clínico como um todo e não um simples juntar de peças de informação, mas é através da integração dessa informação que vai

abrangendo o contexto da prática dos cuidados. Reconhecendo de que o contexto clínico é mais do que a soma das partes, o estudante ganha uma grande compreensão do que precisa para decidir sobre os cuidados a prestar ao utente (White, 2005):

> "Depois de reflectir sobre este assunto cheguei a conclusão de que se trata não tanto de uma questão sobre se é ou não benéfico que se ouçam os batimentos mais é mais uma questão de descansar as grávidas e profissionais de saúde." (3E-29)

> "Na reflexão sobre estas questões fui ao encontro dos diferentes documentos orientadores da prática de enfermagem." (4E-6)

Os resultados parecem indicar a importância da compreensão do contexto clínico para uma tomada de decisão eficaz. Mas como defende White (2005), um componente principal para a compreensão do contexto clínico é o estudante sentir-se ele próprio confortável e seguro como futuro enfermeiro. Como terão sido os estudantes estimulados a sentirem-se confiantes e a transferirem o seu foco de atenção para os utentes?

8.3.2.3 – A decisão de intervenção

No terceiro ano, os estudantes descrevem como decidem sobre a informação recebida pelos pares e pela equipa de enfermagem. Começam a tomar decisões de intervenção, autonomamente, quando encontram situações simples (Baxter & Boblin, 2008), como parecem revelar os seus relatos:

> "Nesse momento eu e uma das minhas colegas corremos para ir buscar o carro e a garrafa de oxigénio." (3E-1)

> "a senhora pediu-me o tabaco, no entanto eu decidi não dar logo uma vez que o enfermeiro não estava presente e eu não sabia há quanto tempo a senhora não fumava." (3E-10)

> "decidi ficar, em vez de seguir a enfermeira." (3E-15)

> "a contenção que eu lhe aplicava não era suficiente (…) tive de aplicar um pouco mais de força na contenção, embora tentasse transmitir consistência em vez de força." (3E-21)

Quando chegam ao quarto ano do curso de enfermagem, os estudantes começam a envolver-se em decisões de intervenção clínica mais complexas, embora muitas das suas decisões sejam tomadas em colaboração com equipa de enfermagem ou com o tutor clínico, e não de uma forma independente (Baxter & Boblin, 2008). Tal parece ter sido o que um estudante expôs:

> "Este facto levou-me a dirigir-me ao Sr. fazendo esta avaliação tentando não o acordar." (4E-9)

Os estudantes parecem descrever a tomada de decisão como agir ou não agir e baseiam a sua decisão na descrição do risco para eles e para o utente. O risco que eles

consideram parece estar relacionado com o seu sucesso como estudante, para a pessoa alvo dos seus cuidados e para si pessoalmente (Baxter & Boblin, 2008).

8.3.2.4 – A decisão de temporização

Alguns estudantes parecem conseguir calcular qual o melhor momento para desenvolver as intervenções de enfermagem aos utentes a quem prestam cuidados (Thompson & Staply, 2011). Tal implica um conhecimento do utente (Tanner, 2006), bem como uma priorização das suas intervenções face às necessidades de cuidados, como parece estar implicito nas afirmações de dois estudantes:

> "Pensei então que agora seria o momento certo para prosseguir a conversa." (3E-7)

> "Visto que o F. estava a dormir e que a administração de antibioterapia é muitas vezes dolorosa, o que se confirmava no caso desta criança, o ideal seria tentar dar a medicação sem o acordar, informando a mãe do procedimento que se iria realizar." (3E-17)

Os estudantes aprendem com os enfermeiros que se disponibilizam em descrever o seu processo de raciocínio quando gerem uma situação clínica. Através da partilha das suas percepções, os enfermeiros ensinam os estudantes a priorizar a informação clínica e a decidiram sobre ela (White, 2005), como parece afirmar um estudante:

> "Contei com a ajuda da enfermeira orientadora para conseguir fazer tudo a tempo." (4E-4)

Adequar e priorizar os cuidados em segurança e de uma forma segura (Standing, 2010) demonstra um raciocínio clínico que permite uma tomada de decisão eficaz (Alfaro-LeFevre, 2013), como parece ser exposto pelos estudantes. Os estudantes aprendem a identificar e a priorizar as intervenções de enfermagem de acordo com a compreensão da situação clínica (White, 2005).

8.3.2.5 – A decisão de focalização

Só através do conhecimento do utente, quer pela forma como habitualmente reage às situações de cuidado, quer pela compreensão do utente enquanto pessoa (Tanner, 2006), é possível ao estudante decidir a sua intervenção na procura do maior benefício para o utente (Thompson & Staply, 2011), numa perspectiva de individualização dos cuidados:

> "decidi não enfocar a minha intervenção na explicação do possível problema cardíaco da bebé, enfocando sim na parte mais relacional." (3E-25)

> "Sempre que ia ao quarto deles, falava e brincava com o T e tentava ir ganhando a confiança do H (…) aproximei-me mais do H e comecei a perguntar quais os brinquedos que tinha ali em cima da cama. Ele foi respondendo e fomos começando a brincar." (3E-19)

Os estudantes aprendem a centrar-se nos cuidados a prestar de acordo com o contexto clínico onde estão inseridos (Gerdeman *et al*, 2013), como parece referir um estudante:

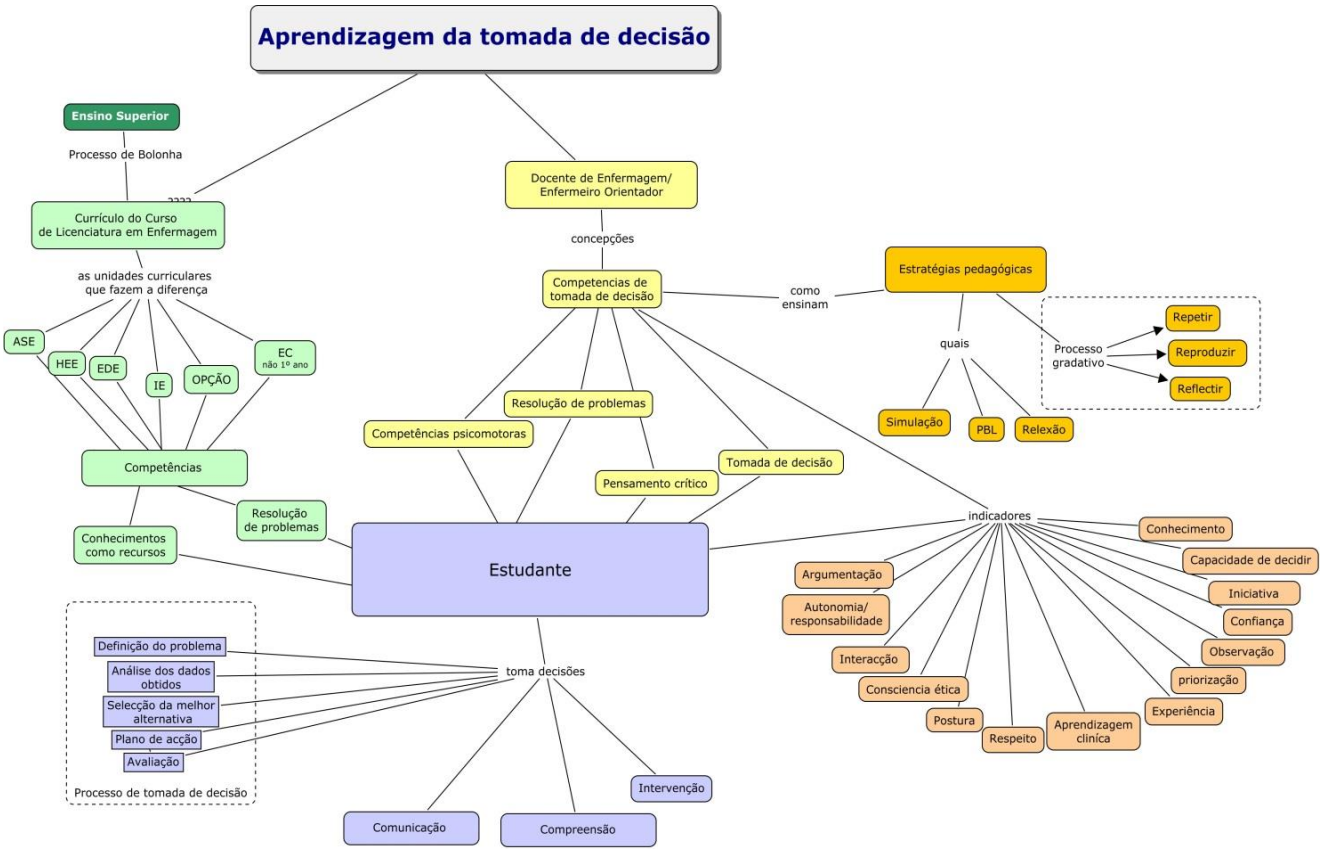
> "decidi que estas competências seriam duas áreas de investimento prioritário." (3E-6)

A interacção do estudante com o utente, parece caracterizar-se pela sua continuidade no tempo e pela proximidade, centrada tanto numa perspectiva de cuidado prestado como num meio de prestação de outros cuidados (Serra, 2011), sugerindo um conhecimento do utente enquanto pessoa e do seu padrão de resposta (Tanner, 2006).

Pelo que foi descrito pelos estudantes sobre a forma como tomavam decisões e quais as decisões que tomavam no processo de cuidados durante os vários ensinos clínicos, parece emergir por um lado, uma conceptualização teórica do processo de tomada de decisão pelos estudantes e a sua aplicação na prática dos cuidados. Por outro lado, os estudantes parecem tomar mais decisões relacionadas com a comunicação com o utente e com a compreensão da situação de cuidados, do que com a decisão de agir.

Para uma maior percepção dos principais resultados emergentes do estudo apresentamo-los em forma de mapa conceptual (ilustração 14). O currículo do CLE esteve sujeito às orientações nacionais e europeias, e embora não esteja explicitamente centrado na aprendizagem das competências de tomada de decisão, evidenciam-se algumas unidades curriculares que se destacam e que valorizam os conhecimentos como recursos a serem utilizados e a resolução de problemas. Os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores, com concepções de tomada de decisão, parecem ensinar os estudantes a decidir através de estratégias pedagógicas de simulação, PBL e de reflexão, num processo de aprendizagem por reprodução, repetição e reflexão, de forma gradativa. Os estudantes devem demonstrar deter, como suporte importante para uma tomada de decisão eficaz, conhecimento, capacidade de decidir, iniciativa, observação, confiança, priorização, experiência, aprendizagem clínica, respeito, postura, consciência ética, interacção, autonomia/responsabilidade e argumentação. Nas decisões que tomaram, obedecendo a todas as etapas do processo de tomada de decisão (King, 1984), os estudantes incidiram primordialmente nas de comunicação e de compreensão, seguidas pelas de intervenção.

Ilustração 14 – Mapa conceptual dos resultados emergentes do estudo



Concluindo, o currículo da ESEL parece promover a aprendizagem do pensamento crítico, desenvolvendo, os estudantes, a sua aplicação no julgamento clínico e na tomada de decisão, aquando em ensino clínico. Se as concepções dos formadores e as estratégias de ensino sugerem uma adequação com o currículo, fomentando o pensamento crítico, o incidir na aprendizagem por problemas e na reflexão, terá sido responsável pela reflexividade que os estudantes parecem apresentar nas tomadas de decisão que mais frequentemente tomaram (Schon, 1994)?

CONCLUINDO: Aprender e Decidir em Tempos de Escola

Devemos tomar as decisões que quisermos, seja qual for a probabilidade de as cumprirmos. O que interessa é que as decisões sejam boas. Tomá-las é mais de meio caminho andado. É já um caminho.

Miguel Esteves Cardoso (2013)

Obstáculos e Transformações no Ensino Superior de Enfermagem

A abordagem europeia para a internacionalização da Educação superior tem-se construído, ao longo do tempo, num conjunto complexo de estratégias, como referencial, tanto a nível nacional como europeu, que responde a pressões regionais e globais (Robertson, 2010). A centralidade da Educação superior na construção de uma nova Europa levou a implicações no ensino superior com a mudança de natureza da regulação estatal e da relação entre os governos e o ensino superior (Magalhães, 2004).

A ESEL viveu duas reformas educativas praticamente em simultâneo: a fusão, numa nova escola, de quatros escolas com passado marcante na história do ensino de enfermagem em Portugal, e um novo modelo de relação entre o Estado e as IES (Magalhães, 2004). Estas mudanças exerceram uma pressão significativa sobre a Escola e o sistema educativo com uma exigência de melhoria e de adequação aos contextos do ensino superior e da prática profissional. A pressão para mudar alterou o conceito de escola, como organização dinâmica, cuja identidade foi necessário determinar e implementar, incitou a novas concepções de formação, essencial ao perfil de enfermeiros que queriam formar, e encarou os docentes como elementos de mudança e da concretização da reforma educativa (Fernandes, 2000b).

No entanto, como a mudança não surge descontextualizada e separadamente, mas de forma sistemática, a organização e gestão da Escola, os processos de tomada de decisão, a cultura de escola e a redefinição de competências (Fernandes, 2000b) parecem ter deixado cair algumas expectativas de transformação, emergindo a manutenção como 'porto seguro' numa travessia agitada. A resistência à mudança, factor presente nas instituições escolares, parecem explicar porque esta reforma não se concretizou de uma forma mais abrangente. Organizacionalmente, a ESEL, embora recém-formada, tinha determinadas expectativas sobre o seu papel e funções, acentuando-se as que se relacionavam com a garantia de qualidade da formação de enfermagem proporcionada. Na procura de respostas ao seu mandato social, a ESEL encontrou resistência dos docentes à alteração de práticas e de procedimentos já estabelecidos como certos. Política e economicamente, a escassez de financiamento e as restrições que o novo modelo de ensino superior acarretava[456], podem ter sido obstáculos à concretização, em toda a sua plenitude, da reforma educativa.

[456] O RIJES, como anteriormente referido, atribuía uma maior autonomia às IES, diminuindo o papel do Estado na sua regulação, mas transformando-as em elementos de competição de mercado (Magalhães, 2004).

Se legislativamente Portugal já tinha completa a fase de implementação do Processo de Bolonha[457], não se deixa de sentir nesse momento na ESEL, tal como noutras instituições de ensino superior, uma consciencialização da necessidade de implementação da mesma, fruto de que as reformas não se fazem por decreto[458] ou de que as mudanças educativas nunca são um processo linear[459] (Fernandes, 2000b). O Processo de Bolonha marcou de uma forma marcante o ensino de enfermagem, quer pela centralidade no estudante e como agente do processo educativo, quer pela aprendizagem perspectivada como um processo de construção activa e pessoal (Sousa & Carvalho, 2012), o que originou uma restruturação do currículo com diminuição das horas de contacto relativamente aos cursos anteriores e uma atribuição do tempo de estudante para que este gerisse a sua aprendizagem. Esta parece ter sido uma mudança que provocou alguma resistência nos docentes, na lógica de que o estudante só aprende o que o professor diz, e o que gerou alguma inconformidade com a aceitação do novo currículo, bem como promoveu algum 'malabarismo' na leccionação dos conteúdos. Nas mudanças estruturais que o ensino superior português, como elemento do EEES, teve de considerar, e que de forma mais explícita ou mais implícita, influenciaram o ensino superior de enfermagem, a inovação parece ter surgido, em alguns casos por vontade própria dos docentes, noutros por imposição e alguma resignação de não haver outra forma de ensinar.

A organização curricular por competências no ensino superior requer, na perspectiva de Silva e Pacheco (2005), uma reorganização das IES que se responsabilize com a formação dos seus professores, para que estes tenham um desempenho de qualidade e adequado às exigências sociopedagógicas da formação. Torna-se então necessário uma formação em serviço que se reflicta numa partilha de experiências e de investigação académica, uma ligação entre mercado de trabalho e instituição escolar com a concretização de pesquisas, trocas e contactos directos com profissionais, trocas de experiências com outras instituições e favorecer um bom clima na organização (Silva & Pacheco, 2005). No novo paradigma de desenvolvimento curricular da ESEL (Godinho & Amendoeira, 2012), parece existir um

[457] Em Março de 2010, o governo português refere estar concluída a implementação do processo de Bolonha e consequente modernização do sistema de ensino superior em Portugal, caracterizado por uma intensa reforma legislativa efectuada. Esta ocorreu entre 2005 e 2009 tendo como quatro grandes pilares: o Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior (RJIES), a Lei do Acesso do Ensino Superior, a Lei de Avaliação das Instituições de Ensino Superior e o Enquadramento Legal do Estatuto das Carreiras Docente de Ensino Superior Universitário e Politécnico (http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/AssuntosDiversos/FHEQ/).

[458] Alusão à citação de António Sérgio 'não há reformas por decretos'.

[459] A mudança educativa com a sua complexidade e dinamismo não pode ser vista como um processo linear que pode ser imposto de cima para baixo, numa regulação «top-down». "A mudança educativa é muito mais complexa, pois envolve acções individuais e societais e a imbricada combinação e interacção de múltiplas forças em presença, o que torna incerto e problemático o seu desenvolvimento" (Fernandes, 2000b, p. 75).

paralelismo com a necessidade de formação dos docentes. Segundo Bevis e Watson (2005), todo o desenvolvimento curricular inicia-se com o desenvolvimento dos professores, daí que a formação avançada parece ter tido uma grande expressão no incentivo e no suporte da mudança, assumindo-se como uma mais-valia e uma postura transformadora.

A análise do discurso dos docentes de enfermagem e dos enfermeiros orientadores da ESEL revela que a mudança educativa preconizada pelas directrizes do ensino superior parece ter sido vivenciada mais como ameaça do que desafio. Também a nova escola gerou perspectivas de mudança que ficaram aquém das expectativas. A convicção de que é necessário mudar acompanha os discursos. No entanto, a maior dificuldade está, na opinião destes, em romper com lógicas de pensar e de funcionar preconizadas como válidas durante anos. Como promover uma atitude crítica perante a conformidade? Como ensinar a ser inovador se a norma parece dominar?

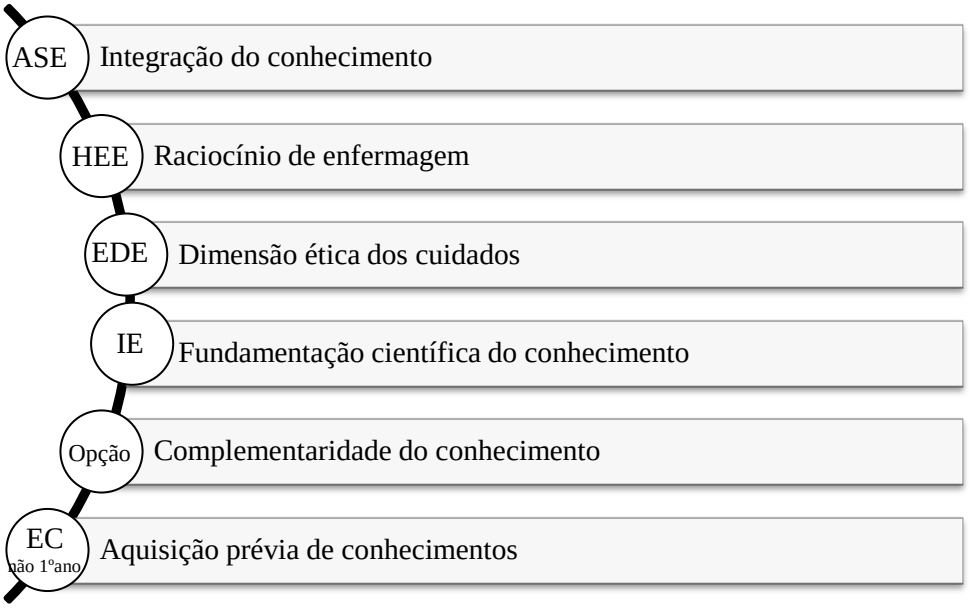
As Unidades Curriculares que Marcaram a Diferença

Qualquer paradigma curricular pode ser representado numa grande variedade de estruturas curriculares. Poderá ser como última fase de uma evolução de disciplinas que reúnem conteúdos dentro de blocos flexíveis. Outras estruturas assumem-se como teorias sendo usada como enquadramentos teóricos, determinando a organização do desenvolvimento curricular, o modo como as experiências educacionais são planeados e os recursos usados, e finalmente, o clima que estabelece os padrões de interacção entre professores e estudantes (Bevis & Watson, 2005). A forma como estas estruturas se expressam está muito dependente do enquadramento subjacente usado pelos que conceberam o currículo. Estes enquadramentos podem limitar ou restringir novos modos de abordar o ensino de enfermagem. Trata de um processo não linear, em que cada factor deve ser considerado no conjunto do desenvolvimento curricular, atendendo à sua influência e implicações (Bevis & Watson, 2005).

O currículo da ESEL não parece estar explicitamente centrado na aprendizagem da competência de tomada de decisão. Todavia, surgem algumas unidades curriculares que parecem ter feito a diferença no novo plano de estudo e que parecem traduzir alguma reforma educativa, embora aquém das expectativas dos elementos do grupo conceptor. As unidades que emergiram como influentes para o desenvolvimento do pensamento crítico e, consequentemente, da aprendizagem da tomada de decisão, foram a 'Análise de Situações de Enfermagem' (ASE) pela integração do conhecimento que promovem; a 'Historia e

Epistemologia de Enfermagem' (HEE) pelo raciocínio de enfermagem que despertam; a 'Ética e Deontologia de Enfermagem' (EDE) pela aquisição de uma dimensão ética dos cuidados; a 'Investigação em Enfermagem' (IE) pela fundamentação científica do conhecimento que possibilitam, as 'Opções' pela complementaridade do conhecimento e o 'Ensino Clínico (EC) só a partir do segundo ano do curso, ancorado numa aquisição prévia de conhecimentos (ilustração 15).

Ilustração 15 – Unidades curriculares que marcam a diferença no ensino da tomada de decisão



Se estruturalmente, no currículo da ESEL, parece ter havido alguma inovação, no plano das competências para ensinar os estudantes a tomar decisões, o enfoque foi para os conhecimentos e para a resolução de problemas. Conceptualmente, e segundo as competência para ensinar de Perrenoud (1999), os conhecimentos surgem como uma das categorias mais importantes para o ensino da tomada de decisão. Tal vai de encontro ao que Baxter e Rideout (2006), Botti e Reeve (2003), Campbell (2008), Garret (2005), Gerdeman *et al* (2013), Lasater (2007), Neves (2005), e White (2003) dizem. Ensinar por problemas (Kong *et al*, 2014; Mendes *et al*, 2012) surge também como grande impacto onde algumas inovações na estrutura do plano de estudo parecem corroborar o discurso dos docentes. Trará o enfoque nos conhecimentos alguma inovação? Terá este percurso sido percorrido anteriormente? Será que resolução de problemas era já uma realidade nos planos de estudos anteriores? A própria incidência nos conhecimentos quererá dizer que se mantem uma racionalidade técnica ou se procura um conhecimento alargado?

Como explica Gillespie (2010), o conhecimento fundamental para aprendizagem da tomada de decisão comporta várias dimensões de conhecimento: da profissão de enfermagem, auto conhecimento, da situação clínica, do utente e da pessoa, em si[460]. Mais do que o conhecimento de renomeação das várias dimensões, o conhecimento em enfermagem reflecte a necessidade de os enfermeiros se mobilizarem para além de 'ter' conhecimento. A tomada de decisão eficaz implica uma aquisição activa de novo conhecimento pertinente (Morin, 2002b) para a especificidade de cada utente e da sua situação de cuidados (Gillespie, 2010). Este imperativo de responsabilização para a construção da competência de tomada de decisão, está sempre relacionado com a organização do trabalho que simultaneamente a solicita e a torna exequível, quer como um saber-fazer em situação, quer como um saber agir em situação (Le Boterf, 2005). Conceito que D'Espiney (2008) corrobora

> ao profissional não basta já ter o título. Este necessita provar, na acção e em situação, a sua competência para intervir de forma adequada. É o próprio que, por via do modo como intervém, conquista a legitimidade para a sua acção. Se, por um lado, há uma responsabilização crescente e uma maior autonomia ao nível da tomada de decisão, que se distancia dos programas predefinidos há também, por outro lado, uma crescente insegurança pela maior responsabilização das decisões a nível individual. A instituição já não oferece protecção. O recurso a uma equipa que partilhe a tomada de decisão surge como o suporte necessário aos riscos inerentes de ter que tomar decisões em matéria de saúde e doença (p. 11).

Assume-se a importância de um conhecimento abrangente que ultrapasse os conhecimento teóricos e que permita ao estudante, mais do que uma apropriação da profissão, o saber cuidar da pessoa e família, alvo dos seus cuidados.

Entre vários aspectos, Benner *et al* (2009) enfatizam que os educadores de enfermagem necessitam de ensinar os estudantes a usar os conhecimentos de enfermagem em circunstâncias clínicas específicas e a promover a sua capacidade de raciocinar sobre as alterações da situação clínica, tendo em conta o contexto e a centralidade do utente e família, no processo de cuidados. Tal enfatiza uma mudança do tão falado fosso entre a teoria e a prática e da separação nítida entre a sala de aula e o ensino clínico (Benner *et al*, 2009; Bevis & Watson, 2005; Campbell, 2008; D'Espiney, 2010; Rocha & Carvalho, 2013), no sentido de uma integração dos dois momentos de ensino para o uso de múltiplas formas de pensar. O

[460] 'Conhecimento da profissão' – conhecimento das normas que regem a prática profissional, competências, e funções dos enfermeiros; 'auto conhecimento' – conhecimento das potencialidades individuais, limitações, habilidades, experiência, suposições, preconceitos, aprendizagem e outras necessidades; 'conhecimento da situação clínica' – conhecimento da fisiopatologia, padrões que existem em casos típicos, previsão de respostas possíveis do utente; 'conhecimento do utente' – conhecimento do padrão de normalidade do utente, dos dados ou padrões nas respostas fisiológicas, patologia e tratamento; e 'conhecimento da pessoa' – o conhecimento das experiências passadas do utente em matéria de saúde e doença, padrões de resposta pessoal à patologia e tratamento, preferências, suportes e recursos (Gillespie, 2010).

ensino teórico deve sempre depender da prática para maximizar os conhecimentos clínicos e resolver problemas que a teoria, por vezes, não leva em conta (Benner, 2001). As orientações de como os enfermeiros utilizam o conhecimento quando tomam decisões, possibilita, e evidencia, a "importância da conjugação do desenvolvimento cognitivo e do pensamento crítico, enquanto contributos da optimização do julgamento clínico e dos processos de tomada de decisão em enfermagem" (Godinho & Amendoeira, 2012, p. 8).

O ensino clínico tem um grande impacto no processo de formação do estudante de enfermagem, sendo mesmo o 'coração' da Educação profissional, como denominam Rocha e Carvalho (2013). De facto, este deve permitir o reconhecimento da situação clínica/cuidados, centrado no raciocínio clínico, numa lógica de um conhecimento situado[461] e não apenas na aquisição de conhecimento (Abreu, 2008; Benner *et al*, 2009). Razão pela qual, o ensino clínico consiste num meio privilegiado na formação,

> uma vez que reúne condições para que o estudante apreenda o seu próprio modo de aprendizagem ou lance as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais, sendo que é através das inter-relações com os enfermeiros e outros que, para além de uma aprendizagem real e efetiva, o mesmo constrói a sua identidade profissional (Rocha & Carvalho, 2013, p. 429).

Corroborando esta noção de imprescindibilidade do ensino clínico para a aprendizagem da tomada de decisão, os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores da ESEL parecem atribuir-lhe uma significância elevada como situação completa e complexa (Benner, 2001; Benner *et al*, 2009; Price & Harrington, 2013; Rocha & Carvalho, 2013; Waldow, 2009a) onde o estudante se confronta com a realidade dos cuidados e com o desenvolvimento da competência de resolução de problemas e de pensamento crítico suscitado. Se mais do que o coração, o ensino clínico parece surgir como 'a razão' do percurso de formação onde o estudante aprende a ter noção de si enquanto cuidador, aprende e trabalha com a própria ansiedade, medo e insegurança, e simultaneamente, aprende e interpreta o significado de cada situação como um todo, bem como a dinâmica do exercício profissional de enfermagem e do papel na equipa de saúde (Waldow, 2009a).

A valorização do conhecimento, matizada com alguns pontos de inovação na aquisição de competências estruturantes num contexto de aprendizagem ao longo da vida, como prática de educação na ESEL, poderá ter desencadeado alguma 'curricularização' da reforma educativa (Pacheco, 2009a)? Esta refere-se aos aspectos menos positivo do currículo,

[461] O carácter situado do conhecimento relaciona-se com o facto do conhecimento da realidade basear-se em pressupostos metafísicos, crenças, juízos de valor, como partes integrantes da explicação científica, quer pela sua natureza, quer pela sua existência social (Sousa Santos, 1988).

correspondendo as mudanças somente a alterações de disciplinas e de cargas horárias na estrutura curricular, à revisão dos normativos relacionados com a avaliação e à gestão das escolas, ficando de parte as mudanças estratégicas e inovadoras (Pacheco, 2009a).

Evidenciando a relação entre os processos sociais que concorrem para a construção do currículo, este não deve surgir como uma lista de conteúdos que o professor deve transmitir, ou como um plano de acção pedagógica presumidamente idêntico e homogénico para todos os estudantes. Pelo contrário, o currículo deve ser pensado de uma forma mais interactiva, flexível e contextualizada (Fernandes, 2000b). Ainda que o currículo da ESEL pareça inovar com a inclusão das seis unidades curriculares que marcaram a diferença (ilustração 15), a sua estrutura mantendo-se pouco flexível e compartimentada (Fernandes, 2000b) poderá implicar um discurso retórico entre o ideal e o real?

O desafio lançado pela reforma educativa ao colocar nas mãos dos professores a elaboração do novo currículo não deixou, no entanto, de lhes condicionar a actuação[462]. Tratava-se de criar um currículo próprio, tradução da filosofia da Escola, ao abrigo de determinações centrais e europeias. Imposta desta forma, aos professores não coube outro papel que não o da "fidelidade normativa, que exige uma constante recentralização, ou seja, a tomada de decisões escolares em função de uma referencialização preexistente" (Pacheco, 1996, p. 154). Deste modo, apesar do discurso inovador, a equipa de docentes da ESEL parece ter apostado em manter o referencial existente, perante as alterações organizacionais vivenciadas. Na procura de identidade que a criação de uma nova escola exige, esta 'resistência à mudança' parece ter sido sentida, por alguns professores como necessária para a sua consolidação e afirmação no território nacional, perante o descontentamento de outros, da não efectivação de rupturas com o passado. Neste âmbito, a inovação curricular nunca poderia ser só a substituição de um currículo por outro, pois ocorre sempre de uma interacção entre o que existe e o que se propõe (Fernandes, 2000b).

Em suma, embora se referenciem princípios de mudança curricular, quer pelos conceitos de currículo, quer pela participação dos docentes na elaboração do currículo, na prática a estrutura parece apostar na continuidade com laivos de inovação.

[462] Neste ponto seguimos, de perto, o texto de Marques (2002).

A (Re)Construção das Competências de Tomada de Decisão

O ensino, é simultaneamente, um processo cognitivo e um processo cultural[463]. Os professores confrontam-se com o que fazem, não só devido às suas características individuais, mas também devido ao modo como se compreendem a si próprios, como pessoas e como professores, na prática social do ensino. Assim, as concepções dos professores formam-se num contexto individual, como resultado do confronto com a sua própria experiência e, num contexto social, como resultado do confronto das suas interpretações com as dos outros (Nóvoa, 2009).

O pensamento dos professores e a forma como interpretam o currículo são componentes vitais, quer da sua prática pedagógica[464], quer da forma como organizam as intervenções em sala de aula. Nesta perspectiva, as práticas pedagógicas dos professores assentam nas suas concepções curriculares e estas, por sua vez, organizam de uma forma decisiva as suas atitudes em relação ao ensino e à forma de estar na escola como profissional. As concepções que os professores têm sobre o seu papel no ensino, o conteúdo das disciplinas, o papel dos estudantes na aprendizagem e o contexto em que esta decorre são factores a ter em conta no processo educativo e estão na origem do modo como os professores interpretam o currículo e os objectivos educacionais.

Conceptualmente, os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores da ESEL apresentam uma concepção da competência de tomada de decisão que parecem transmitir pela forma como pensam e ensinam os estudantes. Não emergindo diferenças na forma de pensar de cada grupo de formadores, o vínculo entre o pensamento e a acção dos formadores em ensino clínico, sugere um processo evolutivo de desenvolvimento de competências indo desde as psicomotoras, passando pelas de resolução de problemas, de pensamento crítico e culminando nas de tomada de decisão (INASCL, 2011, White, 2005). Ambos parecem atribuir grande importância às competências psicomotoras, determinando-as como conhecimento básico que o estudante deve ter para se sentir confiante nas suas competências. Será que esta relevância traduzirá alguma ênfase no 'saber-fazer' (Malglaive, 1995), na tecnicidade do ensino de enfermagem, bastante marcante ao longo de vários anos? Sugere-se um discurso centrado no julgamento clínico e na tomada de decisão, apesar de não parecer corresponder ao que está exposto no currículo, nem que essas concepções lhe

[463] Aqui seguimos, de muito perto, o texto de Marques (2002).
[464] O conceito de práticas pedagógicas corresponde às "actividades docentes realizadas num contexto de comunicação interpessoal" (Gimeno Sacristán, 1991, p. 73).

serviram de base. Se o currículo se centra na resolução de problemas e na promoção do pensamento crítico, o discurso dos formadores parece atribuir-lhe um menor impacto no desenvolvimento das competências de tomada de decisão. Estão os formadores preocupados com a maior complexidade das competências pressupondo a aquisição prévia das que lhe servem de base?

No entanto, em toda a aprendizagem da competência de tomada de decisão o estudante tem que pensar criticamente para resolver problemas e tomar decisões sobre os cuidados que presta. Se as concepções dos formadores parecem fazer a diferença perante um currículo que não se centra na aprendizagem da tomada de decisão, as estratégias pedagógicas parecem também revelar algo de inovador. A problematização da aprendizagem e a reflexividade sobre as situações de cuidados vivenciadas parecem ser os pilares de mudança que emergem ao longo dos dois últimos anos do CLE. O recurso à **simulação** como forma de o estudante aprender em contexto próximo da realidade onde prestará cuidados emerge como uma forte referência, já assinalada por Jesus (2004) em estudo anterior. O **PBL**, na centralização no estudante, procura, além de dar resposta a directrizes europeias, promover o desenvolvimento de competências de pensamento crítico e também de tomada de decisão, já que o estudante tem de decidir cuidados/abordagens de cuidados perante os casos estudados. A **reflexão**, é um método que parece acompanhar a formação do estudante, principalmente no ensino clínico, através das estratégias de utilização de diários de aprendizagem (DeYoung, 2009, Valiga, 2009). O reforço do pensar em acção e sobre a acção (Schon, 1994), permite ao estudante um desenvolvimento de competências de tomada de decisão.

A ESEL sugere ter uma concepção de educação crítico-reflexiva (Tacla *et al*, 2012), em que o processo de aprendizagem das competências de tomada de decisão parece ser desenvolvido atendendo a três estratégias básicas de ensino que adquirem um papel chave e que denominámos de 3R's[465]: reproduzir, repetir, e reflectir. Neste modelo de cooperação entre professor e estudante, estas estratégias não devem vistas como elementos isolados, nem lineares (Bevis & Watson, 2005; Tacla *et al*, 2012), mas sim como reforço de métodos a outras estratégias definidas para a aprendizagem e desenvolvimento de competências (Bevis & Watson, 2005). Estratégias que não se reportam a nenhum método específico, mas que são utilizadas nas várias metodologias de ensino, para a construção de conhecimento pelo estudante.

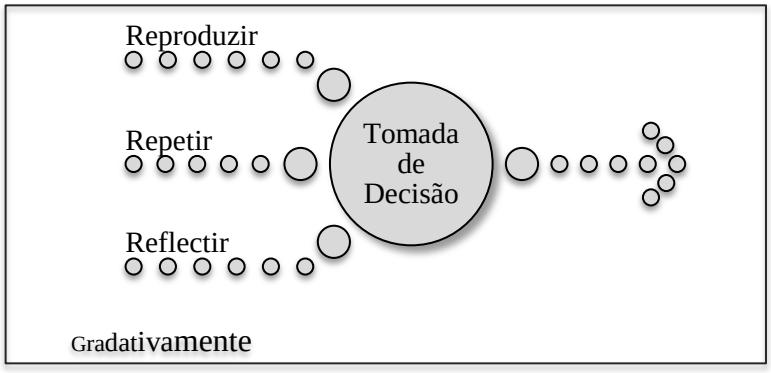
[465] Não estamos aqui a referir-nos aos conceitos básicos de educação: ler, escrever e contar.

Reproduzir, ou aprender por imitação (White, 2003), reporta a acções promovidas intencionalmente para o efeito, seja em contexto de ensino teórico, seja em contexto de ensino clínico (teoria e «guidelines» clínicas, entre outros), de modo a que o estudante reorganize o conhecimento adaptando-o à sua estrutura cognitiva prévia e descubra relações, normas e princípios que necessita de assimilar (Tacla *et al*, 2012). Se a intencionalidade está subjacente ao percurso de formação, quer com os docentes de enfermagem, quer com os enfermeiros orientadores, a sua utilização em contexto da prática de cuidados, parece acentuar a espontaneidade com que os tutores clínicos partilham a sua percepção e o sentido da sua experiência, no trabalho em conjunto que se estabelece no processo de cuidados e que permite ao estudante aperfeiçoar a sua aprendizagem e aumentar o sue nível de conhecimento. A observação de profissionais qualificados é referida como uma oportunidade de desenvolver as competências da tomada de decisão (Baxter & Boblin, 2008; Garret, 2005).

Repetir, ou iterar situações de aprendizagem (O'Neill, Dluhy, Fortier & Michel, 2004), baseia-se na apresentação de momentos de aprendizagem, operacionalizadas sistematicamente, onde o estudante, analisa criticamente as várias versões do seu desempenho que vão servindo de esboço para o modelo idealizado. Como artista, começa por uma ideia, representa-a, estuda e tenta de novo, numa maximização da sua aprendizagem (O'Neill *et al*, 2004). Esta acção permite descrever e desenvolver o pensamento crítico e o raciocínio clínico que são fundados na iteratividade (Banning, 2008).

Reflectir, ou reconstruir o conhecimento (Silva & Sá-Chaves, 2008), consiste em promover situações de aprendizagem onde o estudante, através de exercícios de metacognição compreende, de forma integrada, os objectivos, as finalidades, as pessoas e as suas motivações, os acontecimentos e as relações que se estabelecem entre todos (Campbell, 2008; Silva & Sá-Chaves, 2008). Pois, como corrobora Pires (2007), a aprendizagem para ser formadora tem de ser reflectida, reconstruida, consciencializada. Neste sentido, aprender é construir, (re)construir, constatar, para poder intervir e mudar (Freire, 2002). O estudante vai--se tornando um sujeito crítico, epistemologicamente curioso, responsável pela construção do seu próprio conhecimento e participando activamente na sua construção (Freire, 2002; Tacla *et al*, 2012) (ilustração 16).

Ilustração 16 – Estratégias do processo de aprendizagem de competências de tomada de decisão em enfermagem



Todo este processo de aprendizagem é gradativo onde numa lógica faseada e progressiva, o estudante vai aprendendo a tomar decisões cada vez mais complexas, à medida que vai evoluindo na formação de enfermagem (ilustração 16). Este progresso deve sustentar-se na forma como o estudante interioriza e desenvolve o seu raciocínio clínico, numa perspectiva de especialização (Facione & Facione, 2008).

Um dos eixos estruturante do ensino superior, acentuado pelo Processo de Bolonha, é o seu funcionamento em rede. O ensino superior deve funcionar em rede e com extensão à comunidade, como instituições com uma participação activa na construção da coesão social (Sousa Santos, 2008). Uma colaboração efectiva entre o mundo escolar e os serviços de saúde é de extrema importância para integrar a tomada de decisão no currículo e melhorar o desenvolvimento desta competência no estudante e, consequentemente, no enfermeiro (Standing, 2007). Daí que a constituição de redes de saberes e experiências parece emergir como uma mais-valia para o aprofundamento do conhecimento profissional (Amendoeira, 2006b). A similitude de concepções e de estratégias pedagógicas utilizadas para a aprendizagem da competência de tomada de decisão, entre os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores quererá significar um trabalho em rede, uma partilha de práticas e saberes permitindo uma complementaridade na aprendizagem do estudante (Abreu, 2008)?

Mas o próprio processo de aprendizagem dos estudantes implica, por sua vez, um acréscimo de formação dos seus formadores, quer por directrizes nacionais, quer pela adequação aos contextos de formação. A formação, medida marcante na promoção de inovações (Nóvoa, 2009), parece ter-se traduzido na aposta que os formadores fizeram no seu processo de autoformação. A integração do ensino superior, além de um leque de possibilidade formativas que abriu, criou o requisito de aquisição de níveis de formação superior, numa homogeneidade do todo o sistema do ensino superior. Assim, aos docentes foi

exigido uma formação ao nível do 3º ciclo de formação do ensino superior, onde os programas de doutoramento promoveram um aporte de investigação e de reflexão sobre a Enfermagem. A formação parece ter fomentado uma perspectiva crítico-reflexiva e ter-se traduzido numa mudança de concepções, através dos processos de autoformação.

Contudo, os professores devem conhecer e dominar os conteúdos científicos que ensinam, mas devem igualmente saber traduzir em actividades de ensino e aprendizagem, e sob formas apropriadas aos interesses, experiências e níveis de desenvolvimento dos estudantes (Marques, 2002). Para isso é importante a troca de experiências e partilha de saberes, numa aprendizagem entre pares e num diálogo com outros profissionais. A análise de práticas, a reflexão sobre o trabalho realizado e o exercício de avaliação são elementos centrais para o aperfeiçoamento e a inovação (Nóvoa, 2009). Por esse motivo, os formadores de enfermagem necessitam de orientação e apoio para produzirem um conjunto de instrumentos e competências de ensinar que sustentem uma aprendizagem activa. Esta deve estar centrada em sistemas de interacções e transacções e numa aprendizagem activa, precursora do desenvolvimento do pensamento crítico (Bevis & Watson, 2005; Godinho & Amendoeira, 2012). Os professores de enfermagem não parecem referir uma necessidade de formação muito marcada, embora no discurso desponte alguns indícios de que esse era um dos aspectos importantes para a efectivação da reforma educativa planeada. Os enfermeiros orientadores, apesar de alguns deterem formação ao nível do 2º ciclo do ensino superior, parecem transmitir um défice relativamente à supervisão dos estudantes em ensino clínico. Tal, leva-nos a pensar na necessidade de como defende Nóvoa (2009), de uma formação de professores construída dentro da profissão. A criação de redes de autoformação participada terá sido uma preocupação da ESEL? Em que medida esta falha na formação dos formadores questiona o trabalho em rede que deve existir entre ambos? Como podem os formadores compreender a globalidade da pessoa e adoptar a formação como um processo interactivo e dinâmico (Nóvoa, 2009)?

A Tomada de Decisão como Acção Conjunta

Na aprendizagem activa em que o ensino superior parece estar fundamentado, a aprendizagem compromete-se tanto no esforço dos docentes como nos dos estudantes, imprescindíveis para o desenvolvimento do pensamento crítico, marca do estudante de nível superior (Bevis & Watson, 2005). Se ao docente cabe planear meios, orientar e supervisionar actividades para promover situações que proporcionem uma aprendizagem significativa e

crítico-reflexiva; ao estudante cabe assumir-se como sujeito activo e crítico, consciente da necessidade de construir o seu próprio conhecimento, desenvolver competências para resolver problemas na sua área de actuação, exercer a sua cidadania e assumir o seu papel social na edificação da sua realidade (Garanhani *et al*, 2012).

Sendo a tomada de decisão, a pedra angular das competências em enfermagem (Baxter & Rideout, 2006; Baxter & Boblin, 2008) e as decisões clínicas tomadas pelos enfermeiros o seu contributo para a produção de saúde (Thompson, 2001), a aprendizagem desta competência reveste-se de primordial importância na formação dos futuros enfermeiros. Avalia-se a efectividade da tomada de decisão na obtenção dos objectivos propostos ou na resolução de um problema, com o menor gasto económico, a menor quantidade de energia usada e o menor transtorno causado na organização (King, 1984). Na ESEL, conceptualmente o processo de tomada de decisão parece ter sido interiorizado e mobilizado no processo de cuidados, em contexto de prática clínica. Os estudantes parecem ter desenvolvido o processo de tomada de decisão obedecendo às cinco etapas do processo de tomada de decisão determinado por King (1984). Assim, a definição do problema, a análise dos dados obtidos e a selecção da melhor alternativa, parecem ter estado subjacentes ao plano de acção realizado sendo posteriormente alvo de reflexão e avaliação face aos resultados pretendidos. Atendendo à série de decisões em situação, desenvolvidas pelos estudantes, ancoradas em diversos conhecimentos, permitindo-lhes reconhecer aspectos relevantes ou alterações da situação clínica, interpretar o seu significado, responder adequadamente, e reflectir sobre a eficácia da intervenção, parece existir um padrão geral de tomada de decisão que inclui o julgamento e a decisão, como apresenta Jesus (2004), no seu estudo.

A ênfase que os estudantes parecem ter atribuído à análise e à avaliação do processo de tomada de decisão sugere estar de acordo com as orientações curriculares, sustentado no desenvolvimento do pensamento crítico. Como aprenderam os estudantes a tomar decisões se o currículo não parece estar focalizado na sua aprendizagem? Terão os docentes salientado, na forma como pensavam e ensinavam, a importância dos enfermeiros saberem e tomarem decisões adequadas no processo de cuidados? Será que os enfermeiros orientadores, quer pelo pensamento quer pela acção, transmitiram aos estudantes a relevância da tomada de decisão e como fazer para tomar decisões eficazes? Terão os formadores de enfermagem trabalhado em rede numa complementaridade da formação do estudante? O investimento que os formadores de enfermagem atribuíram à aprendizagem da competência de tomada de decisão sugere uma perspectiva do currículo mais escondida, em que como defende Formosinho (1991) "o

currículo é tudo o que é aprendido na escola pelos alunos, seja ou não objecto de transmissão deliberada" (p. 44).

Defendendo King (1984, 1999, 2008) a transacção como um expoente máximo dos cuidados de enfermagem, onde num processo de interacção, enfermeiro e utente conseguem alcançar metas estabelecidas mutuamente, como terá o estudante aprendido a decidir sobre os cuidados a prestar tendo em conta a participação do utente? Emergindo com forte impacto a tomada de decisão relacionada com a comunicação com o utente, tal parece estar de acordo com directrizes intencionais e nacionais. Dessa forma, sugere-se uma adequação ao projecto «Tuning» na especificação da comunicação, como umas das competências básicas para o ensino de enfermagem na União Europeia[466]. A nível nacional, também a Ordem dos Enfermeiros preconiza que o enfermeiro de cuidados gerais deverá desenvolver competências ao nível da comunicação e relação interpessoal (OE, 2012).

Ligar-se aos utentes a quem prestam cuidados, parece surgir como um foco primordialmente importante. Para os estudantes, como refere Campbell (2008) esse foi o primeiro passo no processo de tomada de decisão que emergiu no seu estudo. Este conceito também parece ir ao encontro dos dados expostos por Jesus (2004) quando apresenta o processo de decisão clínica de enfermagem constituído por cinco grandes categorias de estratégias: interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar. No modelo de decisão proposto (Jesus, 2004), as categorias intrínsecas ao pensamento sucedem-se de modo contínuo e interrelacionadas de modo a obter uma visão global do utente e à previsão dos resultados. Neves (2004) apresenta a ênfase no comunicar como um dos resultados no seu estudo, relacionado com as decisões pelas intervenções para fazer o utente se sentir melhor. Já Fonseca (2006) refere que a competência de comunicação ainda que intervenha nas tomadas de decisão, foi observada de forma transversal ao longo de outras competências, no respeito pelas capacidades e desejos da natureza individual do utente e na procura constante da empatia nas interacções com o utente.

Sugere-se que o estudante se tenha centralizado no utente a quem cuida para que consiga decidir sobre os cuidados a prestar (Holland & Roberts, 2013). Contudo, se curricularmente, esta competência não parece fazer parte do ensino, como terão apreendido os estudantes o processo de tomada de decisão? Esta centralidade do utente levanta mais algumas questões: terá o estudante conseguido ultrapassar os seus medos, receios e insegurança que o contexto de ensino clínico tão marcadamente influencia (Baxter & Rideout,

[466] Ver pág. 176 deste estudo.

2006; Campbell, 2008; Garret, 2005; Jahanpour *et al*, 2010; White, 2003), e centrar-se no utente alvo dos seus cuidados? Em que medida a comunicação entre o docente e o estudante de enfermagem facilitou a sua aprendizagem de tomada de decisão? Terão os enfermeiros orientadores sido modelos na forma como interagiam com os utentes? Como interagiram os estudantes entre si na supressão de dificuldades na comunicação com a equipa e com o utente?

A tomada de decisão situada na compreensão da situação de cuidados surge igualmente importante na forma como os estudantes tomavam decisões. Pressupõe-se que este facto pode estar relacionado com o desenvolvimento do pensamento crítico presente ao longo da formação na ESEL. Na evolução de raciocínio que o estudante vai fazendo ao longo do curso, tal contribuirá para a análise crítica que faz sobre os acontecimentos e consequentemente, melhora a sua compreensão. Terão os momentos de reflexão e de análise sobre as situações de enfermagem proporcionado uma maior compreensão da situação de cuidados? Em que medida o questionamento como estratégia pedagógica foi facilitador de uma aprendizagem 'socrática' e originou uma maior compreensão do seu nível de conhecimento?

Parece que os estudantes desenvolveram um aporte de competências cognitivas deixando para segundo plano as relacionadas com a tecnicidade do ensino, com a tomada de decisão de agir a surgir em terceiro plano. Quererá dizer que houve reais mudanças no ensino de enfermagem? Serão estes os enfermeiros decisores que a prática clínica espera como perfil de saída dos estudantes de licenciatura?

A resposta dos estudantes ao processo de tomada de decisão parece conseguir dar voz aos requisitos do ensino superior. A responsabilização, a proactividade e a centralização num trabalho de cooperação parece estar por trás do processo de aprendizagem que os estudantes da ESEL efectuaram. Estarão estas competências em consonância com as do mercado de trabalho, quando a passividade parece ser melhor reconhecida?

Perante as ideias que acabámos de expor, pensamos que este estudo poderá ter algumas implicações ao nível da formação, ao nível do currículo e ao nível da investigação. Ao nível da **formação**, o ensino de enfermagem tem sido caracterizado por obtenção de informação de forma passiva, demonstração e retorno da demonstração, memorizações e discussões (Bevis & Watson, 2005). Mas os professores têm vindo a responder aos desafios originados pelas mudanças estruturais e assumem uma novo modo de conceber o ensino, de o implementar e de reformular as concepções e práticas pedagógicas, quer em ensino teórico,

quer em ensino clínico (Mestrinho, 2012). É, no entanto, primordial uma atenção redobrada à mediação pedagógica, promovida pelos professores e os tutores de ensino clínico, que devem estabelecer uma profunda integração, de modo a proporcionar a articulação entre as práticas e as discussões teóricas dessas mesmas práticas, assim como processos de avaliação coerentes, consensuais e com a atribuição de um papel activo do estudante, nesse mesmo processo (Santos, 2009).

O ensino deverá ser impulsionador de uma linguagem própria de enfermagem que os estudantes, futuros profissionais possam assumir e tomar decisões sustentadas em conhecimentos e convicções próprios de enfermagem. Para tal, além da utilização de simulações de tomada de decisão, será essencial estimular o pensamento crítico e a reflexão na e, sobre a acção (Schon, 1984), como meio de potencializarem saberes e detectarem défices no seu desempenho (Neves, 2004).

Deverão ser ainda implementadas actividades pedagógicas que promovam mais do que o pensamento crítico e a reflexão, o desenvolvimento do pensamento criativo e de competências relacionais e emocionais, por métodos de ensino que incluam não só os tradicionais métodos lineares de decisão mas igualmente a intuição, bem como outras formas de raciocínio menos tradicionais (Jesus, 2004).

Como implicação mais objectiva, ao nível do **currículo**, parece-nos que a organização e selecção de conteúdos para a promoção de competências de tomada de decisão devem ser integradas em todo o currículo, desde o início até ao final da formação em enfermagem, à semelhança do preconizado por Standing (2007). A orientação do currículo por competências implica ir além da matriz referencial das competências de natureza instrumental, guiando-se também por princípios epistemológicos, metodológicos e ético-políticos (Santos, 2009) e envolve a identificação de competências chaves e os conhecimentos introduzidos através de processo de projecto, ou seja, de forma não planeada e flexível. Em compensação, tal permitirá uma mobilização dos conhecimentos em situações em que é evidente a sua pertinência, tornando-se por isso em ferramentas e tendo um sentido (Perrenoud, 1999).

A orientação do currículo por competências implica também a inclusão dos estudantes em contextos da prática profissional com a execução de actividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos seus desempenhos. Deverá ser considerada a evolução do estudante no desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de

competência, baseadas numa filosofia da emancipação e teoria crítica social (Santos, 2009) e de um currículo mais consistente com os pressupostos de Bolonha (Rua, 2009).

Ao nível da **investigação**, os resultados e limitações desta pesquisa deixam em aberto um amplo campo de possibilidades investigativas, levantando inúmeras questões sobre a tomada de decisão, temática pouco investigada na realidade nacional. A incidência sobre este assunto torna-se importante, em diferentes perspectivas e em contextos reais da prática. Concordamos com Neves (2004), quando salientamos que para além da descrição dos estudantes, pensamos ser fundamental que futuros estudos utilizem a observação como meio de colher informação sobre a forma como são tomadas as decisões no processo de cuidados e os resultados que elas produzem nos utentes.

Reconhecendo que os estudantes tomam menos alguns tipos de decisões (Thompson & Staply, 2011) relacionadas com a focalização, a temporização e a gestão do processo de cuidados, reforça-se a necessidade de investigar o que leva os estudantes a centrarem-se mais numas decisões que em outras, como determinam que necessitam de tomar uma decisão e como respondem quando é requerido um cuidado de enfermagem a um utente (Baxter & Rideout, 2006).

Também o estudo aprofundado dos factores que influenciam a tomada de decisão dos estudantes perante as situações clínicas com que são confrontados deveria ser investigado, de modo a dar a conhecer os modos de resposta, o significado que tem para os estudantes e de que forma os modos desadequados podem ser trabalhados no sentido de uma aprendizagem compensadora (Santos, 2009).

A resposta dos estudantes, perante a conceptualização do processo de tomada de decisão que parecem deter, também levanta questões a nível do contexto onde presta cuidados. Qual a importância do contexto de aprendizagem clínica para a aprendizagem da tomada de decisão? Que papel os formadores de enfermagem atribuem aos estudantes no ensino clínico para que eles apresentem maioritariamente tomadas de decisão de comunicação e de compreensão? Qual o conceito de autonomia da decisão para os enfermeiros orientadores?

Corroborando a opinião de Baxter e Boblin (2008), enquanto docente de enfermagem, acreditamos que compreender como a aprendizagem da tomada de decisão no processo de cuidados se desenvolve no curso de licenciatura em enfermagem, fornece uma base para ensinar, apoiar e avaliar esta competência, além de permitir o desenvolvimento de estratégias de promoção de tomada de decisão independentes e autónomas. Terão os docentes

assumido um papel de facilitadores da aprendizagem? Como se situaram os docentes na aprendizagem dos estudantes de modo a promoverem o envolvimento dos utentes? Conseguiram os estudantes centrarem-se no utente? Qual é a intervenção do utente na tomada de decisão? Como é valorizada? Qual a influência das decisões no processo de cuidados do utente?

A reflexividade emerge, durante este estudo, como uma dimensão presente ao longo do processo de aprendizagem, e parece fundamentar a análise e reflexão que os estudantes apresentam nas decisões que tomaram. Será uma das formas de os preparar para o mundo do trabalho e de lhes dar ferramentas para se conseguirem afirmar nas decisões que tomam, perante os contextos inseguros e incerto da prática dos cuidados? Será que a reflexão ajuda os estudantes a 'olhar' a partir de diferentes perspectivas, o que lhes dá confiança no seu próprio conhecimento prático e ajuda-os na sua avaliação e desenvolvimento (Santos, 2009)?

Centrando-se este estudo sobre os estudantes pré-finalistas e finalista do CLE, como vivenciam os estudantes do primeiro e do segundo ano as suas tomadas de decisão? Situar-se-ão também ao nível da tomada de decisão de comunicação e de compreensão? Em que medida os conhecimentos influenciam as suas tomadas de decisão? Que informações utilizam para a tomada de decisão? Como utilizam a informação? Como promovem a participação do utente na tomada de decisão?

Reflexões Finais

Reflectindo sobre todo o percurso investigativo desenvolvido, a ESEL apresenta um currículo sem grandes mudanças e, explicitamente, não centrado na aprendizagem da competência de tomada de decisão, mas sim na aquisição de conhecimentos e no pensamento crítico. O espartilhar dos conteúdos presente sugere uma mitigação da flexibilidade necessária ao pensamento crítico e, posteriormente, à tomada de decisão. Sendo o pensamento crítico uma etapa importante na aquisição de competência de tomada de decisão, subsidia a intenção dos formadores que estão focalizados no julgamento crítico e na tomada de decisão. Mas, se os estudantes têm uma conceptualização teórica da tomada de decisão e da aplicarem no contexto de cuidados, como terão aprendido a tomar decisões? Será que os formadores foram facilitadores da aprendizagem e promoveram no estudante, competências de tomada de decisão? Terão os formadores centrado o ensino no estudante, como preconizado pelo Processo de Bolonha, fazendo-os sentir responsáveis pela sua aprendizagem? Como terão promovido a confiança do estudante nas suas competências pessoais de modo a que ele se

tenha descentrado das suas necessidades e tenha-se focado no utente? Esta preocupação e centralidade da tomada de decisão pelos formadores traduze-se no estudante numa aprendizagem da competência de tomada de decisão ao nível da comunicação e da compreensão, onde a reflexão e análise são duas competências desenvolvidas ao longo da formação e os pilares dos futuros enfermeiros decisores.

Os métodos de ensino estão em sintonia com o currículo no desenvolvimento do pensamento crítico. Nota-se uma coerência ao longo de todo o processo de aprendizagem não em relação à competência de tomada de decisão, mas sim de resolução de problemas e de pensamento crítico. Embora como determinam alguns autores (Klein, 2001; Marquis & Huston, 2012), a própria resolução de problemas acarreta tomada de decisões. Será este facto, um dos que facilitou a aprendizagem da tomada de decisão pelos estudantes? Em que medida o currículo é determinante na forma como se ensina? Se conceptualmente os formadores não estão de acordo com o currículo, será que o currículo oculto assim o determina? Ou como refere Fernandes (2000b), mais do que o currículo, a mudança faz-se pelos professores e pela sua motivação e envolvimento no processo de reforma educativa. Embora a aprendizagem da tomada de decisão não tenha sido uma prioridade no currículo da escola recém-construída, será que o desejo dos docentes e dos enfermeiros orientadores de uma enfermagem autónoma e adequada ao contexto de modernidade em que vivemos determinou a sua aprendizagem junto do estudante? Terá sido realmente atenuado o desejo de mudanças mais marcantes do ensino de enfermagem ou a própria submissão quererá dizer não uma dependência mas sim uma concordância, como forma de manter o que já se fazia? Será mais fácil e mais securizante manter do que inovar /mudar?

Relativamente às hipóteses que nos guiaram nesta pesquisa, podemos sintetizar:

- O ensino superior de enfermagem contribuíu para a aprendizagem da tomada de decisão do estudante de enfermagem, ao exigir ao ensino a consagração das finalidades deste ensino de desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo. De um modo contínuo, a aprendizagem da tomada de decisão sofreu influências desde as orientações normativas europeias, passando pelas nacionais, e, posteriormente, das concepções do grupo de formadores presente no processo de ensino dos estudantes (Standing, 2010). A formação assente numa concepção de estudante, enquanto sujeito e actor, alicerçou as bases para o ensino da tomada de decisão;

- O currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem teve influência nos conhecimentos necessários ao desenvolvimento da tomada de decisão do estudante, mas ao

nível do currículo oculto. Segundo Bevis e Watson (2005), muitas escolas superiores de enfermagem socorrem-se do currículo oculto para auxiliar os estudantes a usar o seu conhecimento nos cuidados de enfermagem. Este "é o currículo da socialização subtil, do ensino que induz o pensamento e o sentimento de se sentir enfermeiro" (p. 85). O currículo deve mostrar explicitamente um desenvolvimento da tomada de decisão nos estudantes e os seus factores de influência (Baxter & Boblin, 2008), embora na ESEL este tenha ficado pelas indicações implícitas dos formadores, no modo como pensavam e ensinavam a tomar decisões;

- A formação inicial centra-se na tomada de decisão a nível prescritivo, considerando o modo como os docentes de enfermagem e os enfermeiros orientadores ensinavam os estudantes de enfermagem a tomarem decisões, significando uma tentativa de melhoramento da tomada de decisão a nível individual. Não está centrada na tomada de decisão a nível normativo se atendermos que o suporte teórico de orientação para o ensino da tomada de decisão (Thompson & Dowding, 2009), expresso no currículo da ESEL, traduzido no plano de estudo e em documentos orientadores de ensino clínico, foi de fraca representatividade;

- Estamos perante uma situação dilemática entre as condições de aprendizagem para uma tomada de decisão efectiva e os contextos da prática. A necessidade de construção de um conjunto de conhecimentos designados de específicos de enfermagem, a tentativa de criar um saber único 'da' e 'para' a Enfermagem assenta numa certa descontinuidade entre o ideal e o real. Por um lado, os discursos académicos contemplam uma visão holística do indivíduo, mas a realidade prática acentua-se, actualmente, numa «accountability» das intervenções de enfermagem em que a tomada de decisão centra-se na rentabilização dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, a proactividade que o estudante adquire na formação, já iniciada anteriormente aquando da integração no ensino superior, mas acentuada pelo Processo de Bolonha, estará de acordo com o perfil de trabalhador passivo que o mercado de trabalho parece valorizar?

Uma observação final emerge ao reflectirmos sobre a necessidade da Enfermagem representar um maior significado para as pessoas, perante o contexto social em que vivemos. O futuro dos cuidados de saúde baseava-se, segundo as palavras de King, em 1984, na comunicação, coordenação e coordenação entre os que proporcionam os cuidados. O conceito de saúde já evidenciava a importância atribuída à participação do utente no processo saúde-doença (Moura & Pagliuca, 2004). Facto que, actualmente, a OE (2012) refere como uma dos estandartes das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, e um dos requisitos para

uma prática profissional de qualidade. Como podem os estudantes ser elementos de uma estrutura que o promova? Parecendo notar-se um destaque na aprendizagem da competência de comunicação, será suficiente para que os estudantes promovam a participação dos utentes numa tomada de decisão partilhada?

O papel dos profissionais de saúde, e dos enfermeiros particularmente, consiste em ajudar o utente a optimizar o seu projecto de saúde. A especificidade dos cuidados de enfermagem no seio dos cuidados de saúde traduz-se em elemento de ligação da assistência prestada pela equipa de saúde e representa um conjunto de acções mais personalizadas, prolongadas no tempo e mais completas (Abreu, 2001). Para tal, deverá existir todo um trabalho de parceria efectiva entre as instituições prestadoras de cuidados e as instituições de ensino de enfermagem que se traduza na produção, na aprendizagem e na utilização de saberes em espaços de partilha. Através de uma cultura de cooperação, envolvendo os participantes pela responsabilização, mutualidade e confiança, será possível compartilhar esforços e a obtenção de benefícios para todas as organizações (Amendoeira, 2006b). Só o envolvimento dos parceiros e o desenvolvimento de projectos em conjunto permitirá a afirmação do conhecimento em enfermagem, a nível profissional e formativo.

Ensinar exige a tomada consciente de decisões, como afirma Freire (2002), pois o acto de ensinar é ele próprio uma tomada de decisão sobre o que incluir e o que excluir, o que salientar e o que desvalorizar, significando sempre uma responsabilização que se afirma na autonomia da decisão tomada. Ou seja, "faz parte do aprendizado da decisão a assunção das consequências do ato de decidir. Não há decisão a que não se sigam efeitos esperados, pouco esperados ou inesperados. Por isso é que a decisão é um processo responsável (…) É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitosas da liberdade" (Freire, 2002, p. 41).

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. C. (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau/Educa.

Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau.

Abreu, W. C. (2008). Identidades e contextos em enfermagem: da evidência às práticas profissionais. In J. A. Lima, & H. R. Pereira (Orgs.), *Políticas públicas e conhecimento profissional: a educação e a enfermagem em reestruturação* (pp. 243-261). Porto: Legis.

Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical thinking, clinical reasoning and clinical judgment.* (5ª edição). St. Louis: Elsivier.

Alfaro-Lefevre, R. (2014). *Applying nursing process: the foundation for clinical reasoning*. (8ª edição). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins.

Almeida Pinto, A. M. (2006). Factores que inibem e facilitam a tomada de decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem, 6*, 17-22.

Amaral, A., & Magalhães, A. (2000). O conceito de stakeholder e o novo paradigma do ensino superior. *Revista Portuguesa de Educação, 13(2),* 7-28. Disponível em: http://revistas.rcaap.pt/rpe

Amaral, A., & Magalhães, A. (2009). Mapping out discourses on Higher Education Governance. In J. Huisman (Ed.), *International Perspectives on the Governance of Higher Education; Alternative Frameworks for Coordination* (pp. 182-197). New York and London: Routledge.

Amendoeira, J. (2006a). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Amendoeira, J. (2006b). Fontes e uso do conhecimento em enfermagem: a cooperação como estratégia. In G. Hamido, H. Luís, M. do C. Roldão, & R. Marques (Orgs.), *Transversalidade em educação e em saúde* (pp. 219-228). Porto: Porto Editora.

Amendoeira, J. (2008). Profissões e Estado: o conhecimento profissional em enfermagem. In J. A. Lima, & H. R. Pereira (Orgs.), *Políticas públicas e conhecimento profissional: a educação e a enfermagem em reestruturação* (pp. 209-240). Porto: Legis Editora.

Amendoeira, J. (2009). Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem, 13(1),* 2-12.

Amorim, M. M. P. (2013). *Pensamento crítico nos estudantes e profissionais da área da saúde*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto. Acedido em 29 de Agosto de 2013 em: http://goo.gl/hBMPpR

Antunes, F. (2005a). Globalização e europeização das políticas educativas. *Sociologia, Problemas e Práticas, 47*, 125-143.

Antunes, F. (2005b). Reconfigurações do Estado e da educação: novas instituições e processos educativos. *Revista Lusófona de Educação, 5*, 37-62.

Antunes, F. (2008a). A europeização das políticas educativas: a nova arquitectura e o novo elenco no campo da educação. Disponível em http://goo.gl/3Y8oPE

Antunes, F. (2008b). *A nova ordem educacional, espaço europeu de educação e aprendizagem ao longo da vida*. Coimbra: Almedina.

Aston, L., Wakefield, J., & McGown, R. (2010). *The student nurse guide to decision making in practice*. Berkshire: McGraw Hill.

Atay, S., & Karabacak, U. (2012). Care plans using concept maps and their effects on the critical thinking dispositions of nursing students. *International Journal of Nursing Practice, 18*, 233-239. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02034.x

Banning, M. (2008). A review of clinical decision-making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing, 17(2)*, 187-195. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01791.x

Barbier, J. (1993). *Elaboração de projectos de acção e planificação*. Porto: Porto Editora.

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem, 13(2)*, 11-18.

Baxter, P. E., & Boblin, S. (2008). Decision making by baccalaureate nursing students in the clinical setting. *Journal of Nursing Education, 47(8)*, 345-350. doi:10.3928/01484834-20080801-02

Baxter, P. E., & Rideout, E. (2006). Second-year baccalaureate nursing students' decision making in the clinical setting. *Journal of Nursing Education, 45(4)*, 121-127.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: a call for radical transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Benner, P., Tanner, C. A., & Chelsea, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice.* (2ª edição). New York: Springer Publishing Company.

Bevis, O., & Watson, J. (2005). *Rumo a um curriculum do cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*. Loures: Lusociência.

Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism. Perspective and method*. Berkeley: University of California Press.

Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.

Bordenave, J. D., & Pereira, A. M. (2007). *Estratégias de ensino-aprendizagem*. (28ª edição). Petrópolis: Vozes.

Borges, C. I. G. (2010). *Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: que parcerias?* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro. Acedida em 2 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/YLcGEv

Borrego, M. A. R., Mundina, J. B., & Freire, I. (2008). Metodologias colaborativas, educação na e para a responsabilidade na formação em enfermagem. Sísifo. *Revista de Ciências da Educação, 7*, 63-74. Acedida em 9 de Dezembro de 2012 em http://sisifo.fpce.ul.pt

Botti, M., & Reeve, R. (2003). Role of knowledge and ability in student nurses' clinical decision making. *Nurse and Health Sciences, 5*, 39-49. doi: 10.1046/j.1442-2018.2003.00133.x

Bourdieu, P. (1989). *O poder simbólico.* (2ª edição). Lisboa: Difel.

Bowles, K. (2000). The relationship of critical thinking skills and the clinical-judgment skills off baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education, 39(8)*, 373-376.

Bulman, C., & Schutz, S. (2004). *Reflective practice in nursing*. (3ª edição). Oxford: Blackwell Publishing.

Burgess, R. C. (1997). *A pesquisa de terreno: uma introdução*. Oeiras: Celta Editora.

Cabrito, B. G. (2000). Os estudantes universitários e o papel do Estado na produção de ensino superior. *Revista Portuguesa de Educação*, *13(2)*, 175-197.

Caetano, A. P. (2004). *A complexidade dos processos de formação e a mudança dos professores*. Porto: Porto Editora.

Campbell, E. T. (2008). Gaining insight into student nurses' clinical decision-making process. *Aquichan, 8(1),* 19-32. Acedido em 21 de Junho de 2012 em: http://goo.gl/xrhxd3

Campos, B. P. (2002). *Políticas de formação de profissionais de ensino em escolas autónomas.* Porto: Afrontamento.

Campos, B. P. (2005). A acreditação profissional da formação em enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros,* 16, 37-51.

Campos, D. C. F., & Graveto, J. N. (2009). Papel do enfermeiro e envolvimento do cliente no processo de tomada de decisão clínica. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 17(6),* 139-145. Acedido em 23 de Março de 2011 em: http://www.scielo.br /pdf/rlae/v17n6 /pt_21.pdf

Canário, R. (1992). *Inovação e projecto educativo da escola*. Lisboa: Educa.

Canário, R. (1999). *Educação de adultos. Um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa.

Castro, L. B., & Ricardo, M. M. (1998). *Gerir o trabalho de projecto: um manual para professores e formadores*. (5ª edição). Lisboa: Texto Editora.

Cardoso, T. A. (2011). *Linking critical thinking to academic and scientific performance in medical education*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Acedido em 30 de Agosto de 2013. Disponível em: http://goo.gl/gA0X2Y

Carlson E. (2012). Precepting and symbolic interactionism – a theoretical look at preceptorship during clinical practice. *Journal of Advanced Nursing,* 69*(2)*, 457–464. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06047.x

Carvalho, L., Terrasêca, M., Freitas, P., & Neto, M. (2009). *Evaluation for the apprenticeship in clinical teaching of nursing.* 35th International Association for Educational Assessment (IAEA), Brisbane. Acedido em 1 de Julho de 2014 em: http://goo.gl/SbWJVu

Cerqueira, C., Sousa, C., Barroso, I., Costa, M., & Machado, P. (2008). Tomada de decisão em enfermagem: Análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker & Avant. *Revista de Enfermagem Oncológica, 42(11),* 17-25.

Collière, M. F. (1999). *Promover a vida.* (2ª edição). Lisboa: Editora Lidel/Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar… a primeira arte da vida*. Lisboa: Lusodidacta.

Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2006). Recomendações relativas ao ensino da ética e deontologia no curso de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, *23,* 14-20.

Costa, C. (2007). O Currículo numa comunidade de prática. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 3*, 87-100. Acedido em 23 de Março de 2014 em: http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/sisifo03PT07.pdf

Costa, J. V. (2007, 29 de Agosto). *Modelos de governação universitária: um ou dois conselhos?* Acedido em 14 de Fevereiro de 2010 em: http://goo.gl/jKIcWS

Costa, M. A. M. L. C. P. C. (2012). *Do aprender a ensinar a cuidar: construção de um modelo explicativo*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Acedido em 22 de Agosto de 2014 em: http://goo.gl/B1dB9r

Croché, S. (2008). How and why the European commission has acquired the right to vote in a europeanization process in a field of national competency. *European Education, 40(1),* 8-19. doi: 10.2753/EUE 1056-4934400101

Dale, R. (2004). Globalização e educação: demonstrando a existência de uma 'cultura educacional comum' ou localizando uma 'agenda globalmente estruturada para a educação'? *Educação & Sociedade, 25(87),* 423-460. http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302004000200007

Dale, R. (2008). Construir a Europa através de um espaço europeu de educação. *Revista Lusófona de Educação, 11*, 13-30.

Dale, R. (2010). A sociologia da educação e o Estado após a globalização. *Educação & Sociedade, 31(113),* 1099-1120.

Damásio, A. (2004). *Ao encontro de Espinosa. As emoções sociais e a neurologia do sentir.* (6ª edição). Mem-Martins: Publicações Europa-América.

Damásio, A. (2010). *O livro da consciência. A construção do cérebro consciente.* Porto: Circulo dos Leitores.

Damásio, A. R. (2009). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano.* (25ª edição). Mem-Martins: Publicações Europa-América.

Denzin, N. K. (2005). Symbolic interactionism. In U. Flick, E. Kardorff, & I. Steinke (Eds.), *A companion to qualitative research* (pp. 81-87). London: Sage.

Denzin, N., & Lincoln, Y. S. (2011). *Qualitative research.* (4ª edição). Los Angeles: Sage.

D'Espiney, L. (1999). *Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros.* Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

D'Espiney, L. (2004). *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional. Grupos por áreas de conhecimento*. Lisboa: s/ed.

D'Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 6*, 7-20. Acedido em 12 de Janeiro de 2010 em: http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo6 integral.pdf

D'Espiney, L. M. C. A. (2010). *Enfermeiros nas comunidades: produção de cuidados e reconstrução identitária*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido em 19 de Abril de 2012 em: http://goo.gl/A7Hthp

DeYoung, S. (2009). *Teaching strategies for nurse educators*. (2ª edição). New Jersey: Prentice Hall.

Dias, M. E. S. (2010). *Supervisão de estudantes em ensino clínico: a intervenção do tutor*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedida em 2 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/iGF9oD

Direcção Geral do Ensino Superior [DGES] (2008a). *Acesso ao Ensino Superior.* Acedido em 3 de Maio, 2013 em: www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Acesso.htm.

Direcção Geral do Ensino Superior [DGES] (2008b). *Descritores Dublin.* Acedido em 1 de Fevereiro, 2014 em: http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/

Direcção Geral do Ensino Superior [DGES] (2009). *Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida (QEQ).* Acedido em 1 de Fevereiro, 2014 em: http://goo.gl/oKcxxb

Dowding, D. (2009). Commentary on Banning M. (2008) A review of clinical decision making: models and current research. *Journal of Clinical Nursing, 18(2),* 309-311. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02471.x

Elliott, N. (2010). 'Mutual intacting': a grounded theory study of clinical judgment practice issues. *Journal of Advanced Nursing, 66(12),* 2711-2721. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05412.x

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2008). *Processo de registo de adequação do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa: ESEL.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2013). *Estrutura de mapa de pessoal - ano 2013.* Lisboa: ESEL.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2014a). *Linhas de reforma do ensino superior.* Lisboa: ESEL.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL] (2014b). *Relatório de atividades 2013.* Lisboa: ESEL.

European Commission/Education, Audiovisual and Culture Executive Agency [EACEA] (2014). *Modernisation of higher education in Europe: access, retention and employability 2014. Eurydice Report.* Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2797/72146

European University Association [EUA]. (2003). *Trends 2003 Progress towards the European Higher Education Area*. Acedido em 4 de Abril 4 de 2010 em: http://goo.gl/BtGQ4U

Évora, Y. D. M. (2007). A enfermagem na era da informática. *Revista Eletrônica de Enfermagem, 9(1),* 14-14. Acedido em 23 de Setembro de 2013 em: http://goo.gl/gNk4Fb

Facione, N. C., & Facione, P. A. (1996). Externalizing the critical thinking in knowledge development and clinical judgment. *Nursing Outlook, 44,* 129-136. doi.org/10.1016/S0029-6554(06)80005-9

Facione, N. C., & Facione, P. A. (2008). Critical thinking and clinical judgment. In N. C. Facione, & P. A. Facione (Eds.), *Critical thinking and clinical judgment in the health sciences* (pp. 1-13). Millbrae, CA: California Academic Press.

Falcão, L. M. (2007). *Cuidado à pessoa com hipertensão arterial: fundamentação no sistema interpessoal de King*. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Fernandes, M. F. (2000a). O currículo na pós-modernidade: dimensões a reconceptualizar. *Revista de Educação, IX(1),* 27-37.

Fernandes, M. F. (2000b). *Mudança e inovação na pós-modernidade*. Porto: Porto Editora.

Fernandes, M. I. D. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante: de enfermagem.* Dissertação de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedida em 2 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/hVLfN2

Ferreira, M. (2005). Alguns factores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem. *Revista Millenium, 31*, 150-173. Acedido em 16 de Outubro de 2013 em: http://goo.gl/Y7x8DO

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação qualitativa*. Lisboa: Monitor.

Fonseca, C. J. V. (2006). *A tomada de decisão dos enfermeiros face aos cuidados que prestam no hospital.* Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.

Formosinho, J. (1991). Currículo e cultura escolar. In E. L. Pires, A. S. Fernandes, & J. Formosinho (Org.), *A construção social da educação escolar* (pp.149-156). Porto: Edições Asa.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Lusociência.

Freire, C. S. (2000). A hora da «tomada de decisão». *Nursing, 150*, 20-24.

Freire, P. (1972). *Pedagogia do oprimido*. Porto: Edições Afrontamento.

Freire, P. (2002). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. (25ª edição). São Paulo: Paz e Terra.

Freire, P. (2008). *Pedagogia da esperança*. (15ª edição). São Paulo: Paz e Terra.

Fronteira, I., Conceição, C., & Biscaia, A. (2008). Políticas de saúde e enfermagem em Portugal: perspectivas evolucionistas para um futuro (in)certo. In J. A. Lima, & H. R. Pereira (Orgs.), *Políticas públicas e conhecimento profissional: a educação e a enfermagem em reestruturação* (pp. 185-206). Porto: Legis.

Galego, C., Marques, F., & Teodoro, A. (2011). Reforma do ensino superior e a implantação do processo de Bolonha em Portugal. Mudanças e encruzilhadas. In B. L. Ramalho, J. B. Llavrador, M. E. P. Carvalho, & A. V. S. Diniz (Eds.), *Reformas Educativas, Educación Superior y Globalización en Brasil, Portugal y España* (pp 97-131). Valencia: Germania.

Garanhani, M. L., Alves, E., Almeida, E. F. P., & Araújo, L. D. S. (2012). Princípios norteadores do projecto pedagógico do currículo integrado do curso de enfermagem. In E. M. Kikuchi, & M. H. D. M. Guariente (Orgs.), *Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina* (pp. 61-74). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.

Garret, B. (2005). Student nurses' perceptions of clinical decision-making in the final year of adult nursing studies. *Nurse Education in Practice, 5(1),* 30-39. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2004.03.003

Gerdeman, J. L., Lux, K., & Jacko, J. (2013). Using concept mapping to build clinical judgment skills. *Nurse Education in Practice, 13(1),* 11-17. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.05.009

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito: teoria e prática.* (3ª edição). Oeiras: Celta Editora.

Giddens, A. (1998). *As consequências da modernidade.* (4ª edição). Oeiras: Celta Editora.

Giddens, A. (2001). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gigerenzer, G., Hoffrage, U., & Goldstein D. G. (2008). Fast and frugal heuristics are plausible models of cognition: Reply to Dougherty, Franco-Watkins, and Thomas (2008). *Psychological Review, 115(1),* 230–239. Acedido em 30 de Março de 2013 em: http://goo.gl/Drjhd3

Gil, A. C. (2007). *Didáctica do ensino superior*. São Paulo: Atlas.

Gillespie, M. (2010). Using the situated clinical decision-making framework to guide analysis of nurses' clinical decision-making. *Nurse Education in Practice, 10(6),* 333-340. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2010.02.003

Gimeno Sacristán, J. (1991). Consciência e acção sobre a prática como libertação profissional dos professores. In A. Nóvoa (Org.), *Profissão professor* (pp. 61-92). Porto: Porto Editora.

Gimeno Sacristán, J. (2000*). O currículo. Uma reflexão sobre a prática.* (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

Gimeno Sacristán, J. (2008). Diez tesis sobre la aparente utilidad de las competencias en educación. In J. Gimeno Sacristán (Org.), *Educar por competencias, ¿qué hay de nuevo?* (pp. 15-58). Madrid: Morata.

Gladwell, M. (2010). *Blink.* (5ª edição). Alfragide: D. Quixote.

Godinho, C., & Amendoeira, A. (2012). A importância de ambientes de aprendizagem crítica. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. Comunicações em conferências e congressos*, 1-11. Acedido em 2 de Agosto de 2013 em http://goo.gl/QTex9S

Gomes, J. F. (2003a). *O impacto da construção da área europeia de ensino superior em Portugal (Seminário IV.12 de Junho 2003)*. Acedido em 23 de Fevereiro, 2009 em: http://goo.gl/G0kq1G

Gomes, J. F. (2007). *Boas práticas de governação nas instituições de educação superior: constituição e funcionamento do conselho geral*. Acedido em 17 de Fevereiro de 2014 em: http://goo.gl/heCh7C

Gomes, J. F. (Org.) (2003b). *Reflectir Bolonha: reformar o ensino superior*. Porto: Universidade do Porto. Acedido em 23 de Fevereiro, 2014 em: http://goo.gl/DtAYDP

Harbison, J. (2001). Clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice. *Journal of Advanced Nursing, 35(1),* 126-133. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01816.x

Hargreaves, A., & Fullan, M. (2012). *Professional capital*: *transforming teaching in every school*. New York: Routledge Publishers.

Henderson, V. (2004). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Huang, Y., Chen, H., Yeh, M., & Chung, Y. (2012). Case studies combined with or without concept maps improve critical thinking in hospital-based nurses: a randomized-

controlled trial. *International Journal of Nursing Studies. 49,* 747-754. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.01.008

Ianni, O. (2007). *A era do globalismo.* (9ª edição). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Jahanpour, F., Sharif, F., Salsali, M., Kaveh, M. H., & Williams, L. M. (2010). Clinical decision making in senior nursing students in Iran. *International Journal of Nursing Practice, 16 (6),* 595-602. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01886.x

Jesus, É. H. (2000). A decisão clínica de enfermagem. *Pensar Enfermagem, 4(1)* 38.

Jesus, É. H. (2004). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto. Acedido em 24 de Maio de 2014 em: http://goo.gl/EqZCHQ

Jesus, E. H. (2005). Da importância da informação e dos sistemas de informação de enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, 19,* 46-50.

Kautz, D. D., Kuiper, R., Pesut, D. J., Knight-Brown, P., & Daneker, D. (2005). Promoting clinical reasoning inundergraduate nursing students: applicationand evaluation of the outcome present statetest (OPT) model of clinical reasoning. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 2(1),* 1-19. Acedido em 18 de Outubro de 2013 em: http://goo.gl/552AwC

Kikuchi, E. M., Rosseto, E. G., Lopes, D. F. M., Tomeleri, K., Ferrari, R. A. P., Hirazawa, S. A., & Sodré, T. M. (2012). Avaliação da aprendizagem no currículo integrado. In.: E. M. Kikuchi & M. H. D. M. Guariente (Org.), *Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina*. (pp. 131-145). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.

King, I. M. (1984). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. México: Limusa.

King, I. M. (1999). A theory of goal attainment: philosophical and ethical implications. *Nursing Science Quarterly, 12(4),* 292-296. doi: 10.1177/08943189922107205

King, I. M. (2008). Adversity and theory development. *Nursing Science Quarterly, 21(2).* 137-138. doi:10.1177/0894318408316406

Klein, G. (2001). *Fontes de poder. O modo como as pessoas tomam decisões*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kong, L., Qin, B., Zhou, Y., Mou, S., & Gao, H. (2014). The effectiveness of problem-based learning on development of nursing students' critical thinking: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies, 51,* 458-469. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.06.009

Krau, S. D. (2011). Creating educational objectives for patient education using the new Bloom's taxonomy. *Nursing Clinics of North America, 46(3),* 299-312. doi:10.1016/j.cnur.2011.05.002

Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: using simulation to create an assessment rubric. *Journal of Nursing Education*, 46*(11),* 496-503.

Lasater, K., & Nielsen, A. (2008). The influence of concept-based-learning activities on students' clinical judgment development. *Journal of Nursing Education*, 48*(8),* 441-446. doi: 10.3928/01484834-20090518-04

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: ASA.

Leite, C., & Magalhães, A. M (2010). Políticas e desenvolvimento curricular no ensino superior. Educação, *Sociedade & Cultura, 28,* 9-11.

Leite, C., & Zabalza, M. (Org.) *Ensino superior: inovação e qualidade na docência.* Porto: Centro de Investigação e Intervenção Educativa. Acedido em 2 de Janeiro de 2014 em: http://goo.gl/myGUr1

Levett-Jones, T., Hoffman, K., Dempsey, J., Jeong, S. Y., Noble, D., Norton, C. A., Roche, J., & Hickey, N. (2010). The 'five rights' of clinical reasoning: an educational model to enhance nursing students' ability to identify and manage clinically 'at risk' patients. *Nurse Education Today, 30,* 515-520. doi:10.1016/j.nedt.2009.10.020

Lima, A. F. C., & Melo, T. O. (2011). Informatização da documentação clínica de enfermagem: expectativas das enfermeiras na implementação. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(4), 81-88.

Lima, L. C. (2007). *Educação ao longo da vida. Entre a mão direita e a mão esquerda de Miró.* São Paulo: Cortez Editora.

Lima, L. C., Azevedo, M. L. N., & Catani, A. M. (2008). O processo de Bolonha, a avaliação da educação superior e algumas considerações sobre a Universidade Nova. *Avaliação* (Campinas), *13(1),* 7-36.

Lopes, C. H., & Jorge, M. S. (2005). O interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, *39*(1), 103-108. Acedido em 30 de Março de 2013 em: http://goo.gl/lyauRE

Lopes, R. C. C., Azeredo, Z. A. S., & Rodrigues, R. M. C. (2013). Competências relacionais dos estudantes de enfermagem: follow-up de programa de intervenção. *Referência, 9,* 27-36.

Lourtie, P., Fontes, P., & Afonso, P. (2009). *Alterações introduzidas na formação superior pelo Processo de Bolonha*. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento do Instituto Superior Técnico.

Machado, F. A., & Gonçalves, M. F. M. (1991). *Currículo e desenvolvimento curricular. Problemas e perspectivas*. Porto: Edições Asa.

Magalhães, A. M. (2004). *A identidade do ensino superior: política, conhecimento e educação numa época de transição*. Braga: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

Magalhães, A. M., & Amaral, A. (2008). Mapping out discourses on higher education governance. In J. Huisman (Org.). *International perspectives on the governance of higher education: alternative frameworks for coordination*. London: Routeledge.

Magalhães, D., Lopes, M., & Fonseca, A. (2013). Processos e modelos de raciocínio na tomada de decisão: contributos conceptuais e interrogações. In F. Mendes, L. Gemito, D. Cruz, & M. Lopes (Coords.), *Enfermagem contemporânea: dez temas, dez debates* (pp. 46-71*)*. Évora: Ed. Universidade de Évora. Acedido em 17 de Fevereiro de 2014 em http://goo.gl/bhhzdj

Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto: Porto Editora.

Marcon, P. M. (2006). *O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Acedido em 24 de Maio de 2014 em: http://goo.gl/BkdkUh

Marewski, J. N., Gaissmaier, W., & Gigerenzer, G. (2010). Good judgments do not require complex cognition. *Cognitive Processing, 11(2),* 103–121. doi:10.1007/s10339-009-0337-0

Marques, F. (2009). Políticas de educação superior em Portugal. In J. E. Romão, & I. Monfredini (Orgs.), *Prometeu Desencantado. Educação Superior na Ibero-America*. (pp. 169-192). Brasília: Liber Livro.

Marques, F., Aníbal, G., Graça, V., & Teodoro, A. (2008a). A política educativa da União Europeia. O processo de unionização no contexto de globalização. In A. Teodoro (Org.), *Tempos e andamentos nas políticas de educação* (pp. 123-160). Brasília: Liber Livro.

Marques, F., Aníbal, G., Graça, V., & Teodoro, A. (2008b). A unionização das políticas educativas no contexto europeu. *Revista Iberoamericana de Educación, 48,* 93-110.

Marques, M. F. M. (2002). *Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Ciências da Educação, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.

Marques, M. F. M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem. *Revista Lusófona de Educação, 5,* 153-171.

Marques, M. F. M. (2009). Políticas de educação superior em Portugal. In A. S. António, E. Estrela, C. Galego, & A. Teodoro (Orgs), *Educando o Cidadão Global: Globalização, Educação e Novos Modos de Regulação* (pp. 1269-1289). Edições Universitárias Lusófonas & Autores.

Marques, M. F. M. (2010). A universitarização do ensino de enfermagem. Um olhar português. In A. Montané & T. Mentado (Ed.), *Actas del Seminário Internacional de Politicas Educativas Iberoamericanas* (pp. 1309-1326). Barcelona: Publicaciones i Edicions UB.

Marques, R. (2007). *A pedagogia construtivista de Lev Vygotsky (1896-1934)*. Acedido em 25 de Março de 2014 em: http://goo.gl/VVljgj

Marquis, B. L., & Houston, C. (2009). *Leadership roles and management functions in nursing: theory and application.* (6ª edição). Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins.

Marquis, B. L., & Houston, C. (2012). *Leadership and management tools for the new nurse.* (7ª edição). Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins.

Martinho, M. J. C. M., Martins, M. M. F. P. S., & Angelo, M. (2013). Escala de conflito em tomadas de decisão em saúde: instrumento adaptado e validado para língua portuguesa. *Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo, 47(3),* 576-583. Acedido em 12 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/fZEgi7

Martins, Z. F. L. (2010). *Autonomia na tomada de decisão dos enfermeiros nos serviços de atendimento urgente/permanente*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

McCallum, J., Duffy, K., Hastie, E., Ness, V., & Price, L. (2013). Developing nursing students' decision making skills: are early warning scoring systems helpful? *Nurse Education in Practice, 13(1),* 1-3. doi: 10.1016/j.nepr

McCallum, J., Ness, V., & Price, T. (2011). Exploring nursing students' decision-making skills whilst in a second life clinical simulation laboratory. *Nurse Education Today, 31,* 699-704. doi: 10.1016/j.nedt

MCTES (2009). *The Framework for Higher Education Qualifications in Portugal*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Acedido em 15 de Dezembro de 2009 em: http://www.mctes.pt/archive/doc/FHEQ_in_Portugal.pdf

MCTES (2010). *Bolonha em Portugal e a reforma do ensino superior***.** Acedido em 3 de Maio de 2010 em: www.mctes.pt/archive/.../Nota_Bolonha_em_Portugal_v9mar2010_final .pdf

Megid, M. A., & Fiorentini, D. (2011). Formação docente a partir de narrativas de aprendizagem. *Interacções, 7(18),* 178-203. Acedido em 2 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/5cIhXQ

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development and progress.* (5ª edição). Philadelphia: Lippincott Willians & Wilkins.

Mendes, G., Martins, C., Oliveira, C., Silva, M. J., & Vilaça, S. (2012). Contributos da aprendizagem baseada em problemas no desempenho do estudante de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria*, *5(4),* 227-240.

Mestrinho, M. G. (2012). *Ensino de enfermagem: caminhos de mudança na formação de professores*. Loures: Lusociência.

Moreira, V. (2008). Estatuto legal das instituições de ensino superior. In Conselho Nacional de Educação (Org.), *Políticas do ensino superior, quatro temas em debate* (pp. 123-139). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Moreira, T. M. M., & Araújo, T. L. (2002). O modelo conceitual de sistemas abertos interatuantes e a teoria de alcance de metas de Imogene King. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *10(1),* 97-103. Acedido em 12 Fevereiro de 2013 em: http://goo.gl/W8E1Sz

Morin, E. (2002a). *Os setes saberes para a educação*. Lisboa: Instituto Piaget.

Morin, E. (2002b). *Reformar o pensamento: a cabeça bem feita*. Lisboa: Instituto Piaget.

Morse, J. M. (2007). *Metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.

Moura, E. R. F., & Pagliuca, L. M. F. (2004). A teoria de King e sua interface com o programa "Saúde da Família". *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 38(3),* 270-9. Acedido em 12 de Fevereiro de 2013 em: http://goo.gl/S1Ysuo

Myrick, F. (2002). Preceptorship and critical thinking in nursing education. *Journal of Nursing Education, 41(4),* 154-164.

Neave G. (2008). From guardian to overseer; trends in institutional autonomy, governance and leadership. In Conselho Nacional de Educação (Org.), *Políticas do ensino superior, quatro temas em debate* (pp. 45-70). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Neave, G., & Amaral, A. (2012). Introduction. On exceptionalism: the nation, a generation and higher education, Portugal 1974-2009. In G. Neave, & A. Amaral (Eds.), *Higher education in Portugal 1974-2009* (pp. 1-46). Matosinhos: CIPES.

Neves, C. E. B. (2007). Desafios da educação superior. *Sociologias, 17,* 14-21. Acedido em 21 Março 2013 em: http://goo.gl/Wu2Gcw

Neves, M. A. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem, 6(2),* 25-35.

Neves, M. A. (2004). *Intervenções de Enfermagem: Razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Neves, M. A. (2005). Intervenções de enfermagem - razões e bases da tomada de decisão pelas enfermeiras. *Pensar Enfermagem, 9(2),* 2-13.

Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.

Nóvoa, A. (1998). *Histoire & comparaison (Essais sur l'Éducation).* Lisboa: Educa.

Nóvoa, A. (2009). *Professores: imagens do futuro presente*. Lisboa: Educa.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998).* Loures: Lusodidacta.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. *II Congresso Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.*

Nunes, L., Constantino, M. A., Xavier, S., & Deodato, S. (2009). Identificação das necessidades formativas: os primeiros passos. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, 32,* 26-29.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2013). *Relatório de Primavera 2013: duas faces da saúde*. Coimbra: Mar da Palavra. Acedido em 1 de Fevereiro de 2014 em: http://goo.gl/xCScYL

Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2014). *Relatório de Primavera 2014: saúde, síndroma de negação*. Coimbra: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em 7 de Agosto de 2014 em http://goo.gl/5jpk0J

Observatório de Políticas de Educação e de Formação [OP.EDU] (2014). *O estado da educação num Estado intervencionado – Portugal 2014*. Lisboa: Observatório de Políticas de Educação e de Formação. Acedido em 22 de Julho de 2014 em: http://goo.gl/lQxIsI

OCDE (2006). *Revisões das políticas nacionais para a educação – ensino terciário em*

*Portuga*l. OCDE: Lisboa.

Offredy, M., Kendall, S., & Goodman, C. (2008). The use of cognitive continuum theory and patient scenarios to explore nurse prescribers' pharmacological knowledge and decision-making. *International Journal of Nursing Studies, 45(6),* 855-868. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.014

Oliveira, C. S., & Lopes, M. J. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem, 14(1),* 67-74.

O'Neill, E. S., Dluhy, N. M., Fortier, P. J., & Michel, H. E. (2004). Knowledge acquisition, synthesis, and validation: a model for decision support systems. *Journal of Advanced Nursing, 47(2),* 134-142.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (1996). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros.* Acedido a 12 de Março, 2011, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/ Documents/REPE.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). *Padrões de Qualidade de Cuidados e das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido a 27 de Abril, 2012, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php? page=8#article60

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2005). *Plano de actividades e orçamento para o ano de 2005*. Acedido a 2 de Agosto, 2014, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/asr/Documents/Plano2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007a). *Enfermagem portuguesa: implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar*. Acedido a 27 de Abril, 2014, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=8#article79

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2007b). *Modelo de desenvolvimento profissional. Certificação de competências. Fundamentos e linhas orientadoras para a construção do sistema*. Acedido a 12 de Março, 2012, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos oficiais/ Paginas/MDP.aspx

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). *Plano estratégico para o ensino de enfermagem 2008-2012.* Acedido a 15 de Março, 2014, em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2008_PlanoEEEnfermagem.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE].(2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais.* Acedido a 15 de Março, 2014, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Özkahraman, S., & Yildirim, B. (2011). An overview of critical thinking in nursing and education. *American International Journal of Contemporary Research, 1 (2),* 190-196.

Pacheco, J. A. (1996). *Currículo: teoria e prática*. Porto: Porto Editora.

Pacheco, J. A. (2003). Políticas educativas para o ensino superior na União Europeia: um olhar do lado português. *Educação &* Sociedade, *82(24),* 17-36. Acedido em 1 de Novembro de 2013 em: http://goo.gl/CEqmOs

Pacheco, J. A. (2009a). Processo e práticas de educação e formação. Para uma análise da realidade portuguesa em contextos de globalização. *Revista Portuguesa de Educação, 22(1),* 105-143.

Pacheco, J. A. (2009b). Currículo: entre teorias e métodos. *Cadernos de Pesquisa, 39(137),* 383-400.

Pacheco, J. A. (2011). Currículo, aprendizagem e avaliação. Uma abordagem face à agenda globalizada. *Revista Lusófona de Educação, 17,* 75-90.

Pacheco, J. A., Ferreira, N. S., & Machado, L. M. (2011). Noção de tempo curricular. Abordagem histórica das mudanças curriculares para a compreensão das políticas de ensino. *Cadernos de Pesquisa: Pensamento Educacional, 5 (11),* 185-198.

Pacheco, J. A., & Paraskeva, J. M. (2000). A tomada de decisão na contextualização curricular. *Revista de Educação, IX(1),* 111-116.

Paiva, A. (2003). Concepção de cuidados e tomada de decisão. *Colectânea de comunicações do 6º Simposium e 1º Forum Internacional do Serviço de Enfermagem dos HUC,* 77-87.

Park, E. (2012). An integrated ethical decision-making model for nurses. *Nursing Ethics, 19(1),* 139-159. doi.org/10.1177/0969733011413491.

Parlamento Europeu do Conselho da União Europeia (2005). *Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais*. Acedido em 17 de Julho de 2014 em http://goo.gl/tMazIj

Peixoto, P. (2013, 25 de Fevereiro). *Ensino superior – reformas em contraciclo*. Acedido em 12 de Agosto de 2014 em: http://goo.gl/DvGc4s

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3ª edição). Montréal: Cheneliére Éducation.

Pereira, H. R. (2008). (Per)cursos em enfermagem: transições e identidade profissional – uma abordagem a partir dos resultados de investigação. In J. A. Lima, & H. R. Pereira (Orgs.), *Políticas públicas e conhecimento profissional: a educação e a enfermagem em reestruturação* (pp. 165-182). Porto: Legis.

Peres, A. M., & Ciampone, M. H. T. (2006). Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto e Contexto Enfermagem, 15(3)*, 492-499. Acedido em 23 de Fevereiro de 2011 em: http://goo.gl/wCezSy

Perrenoud, P. (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente*. Lisboa: Publicações Dom Quixote/Instituto de Inovação Educacional.

Perrenoud, P. (1995). Ofício de aluno e sentido do trabalho escolar. Porto: Porto Editora.

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Perrenoud, P. (2005). *Développer des compétences, mission centrale ou marginale de l'université?* Congrès de l'Association Internationale de Pédagogie Universitaire (AIPU), Université de Genève. Acedido em 2 de Janeiro de 2014 em: http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2005/2005_15.html

Perrenoud, P. (2010). *Des savoirs pour enseigner, vraiment?* Texte reprend la substance de la conférence d'ouverture (« Comprendre qu'enseigner c'est penser ») des Rencontres internationales du réseau francophone de Recherche en Education et Formation (REF), Nantes. Acedido em 2 de Janeiro de 2014 em http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2010/2010_13%20Savoirs%20pour%20enseigner.pdf

Pesut, D. J., & Herman, J. (1998). OPT: transformation of nursing process for contemporary practice. *Nursing Outlook, 46*, 29-36.

Pires, A. L. O. (1994). As novas competências profissionais. *Formar*, 10, 4-19.

Pires, A. L. O. (2002). *Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa. Acedida em 21 de Março de 2014 em: http://goo.gl/A1GzPh

Pires, A. L. O. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais: uma problemática educativa. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 2*, 5-19. Acedido em 23 de Março de 2014 em: http://goo.gl/rGam46

Pongmarutai, T. (2010). *Application of a judgment model toward measurement of clinical judgment in senior nursing students*. Tese de Doutoramento, School of Nursing, Division of Health Sciences da University of Nevada, Las Vegas. Acedido em 13 de Fevereiro de 2013 em: http://goo.gl/7GZnej

Pretz, J., & Folse, V. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of Clinical Nursing, 20(19/20),* 2878-2889. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03705.x

Price, B., & Harrington, A. (2013). *Critical thinking and writing for nursing students.* (2ª edição). London: Learning Matters.

Redding, D. A. (2001). The development of critical thinking among students in baccalaureate nursing education. *Holistic Nursing Practice, 15 (4),* 57-64.

Ribeiro, J. M. S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Referência, 5*, 27-36.

Roberts, D. (2013). Making decisions as a student: decision-making opportunities. In K. Holland, & D. Roberts (Eds.), *Nursing: decision-making skills for practice*. (pp. 20-34). Oxford: Oxford University Press.

Roberts, D., & Holland, K. (2013). Learning from decision making. In K. Holland, & D. Roberts (Eds.), *Nursing: decision-making skills for practice*. (pp. 62-84). Oxford: Oxford University Press.

Robertson, S. (2008). Economia do conhecimento está a reformular o conceito de educação. Disponível em http://goo.gl/5YcH2h

Robertson, S. (2010). Europa, competitividade e ensino superior. Um projecto em desenvolvimento. In A. Teodoro (Org.), *A Educação Superior no Espaço Iberoamericano. Do Elitismo à Transnacionalização* (pp. 117-135). Lisboa: Edições Universitárias.

Rocha, I. A. R. S., & Carvalho, A. L. R. F. (2013). Reflexões sobre relação e interação supervisiva em ensino clínico de enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 14(2),* 428-437. Acedido em 13de Junho de 2014 em: http://goo.gl/3pSGIi

Rocha, E., G., & Pacheco, J. A. (2012). Formação de professores do ensino superior e práticas curriculares. In C. Leite, & M. Zabalza (Orgs.), *Ensino Superior: inovação e qualidade na docência* (pp. 5249-5261). Porto: Centro de Investigação e Intervenção Educativa. Acedido em 2 de Janeiro de 2014 em: http://goo.gl/XaNE2P

Rosa, M. J., & Sarrico, C. S. (2012). Quality, evaluation and accreditation: from steering, through compliance, on to enhancement and innovation? In G. Neave, & A. Amaral (Eds.), *Higher education in Portugal 1974-2009* (pp. 249-264). Matosinhos: CIPES.

Rowden, R., Nicklin, P. J., & Lankshear, A. (2000). Nurse education: the professional and political context. In P. J. Nicklin, & N. Kenworthy (Eds.), *Teaching & assessing in nursing practice* (pp. 1-18). (3ª edição). Edinburgh: Baillière Tindall/Royal College of Nursing.

Rua, M. S. (2009). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico.* Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedida em 1 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/vJcNNQ

Salminen, L. K., Melender, H., & Leino-Kilpi, H. (2009). The competence of student nurse teachers. *International Journal of Nursing Education Scholarship, 6 (1),* 1-15. doi: 10.2202/1548-923X.1803

Santiago, R. (2005). Uma reflexão panorâmica sobre o impacto do managerialismo na administração pública e no ensino superior. In R. Santiago, A. M. Magalhães, & T. Carvalho (Orgs.), *O surgimento do managerialismo no sistema de ensino superior português* (pp. 1-33). Matosinhos: CIPES.

Santos, E. M. M. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico: estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro. Acedida em 1 de Dezembro de 2013 em http://goo.gl/z4vN8m

Schon, D. A. (1994). *Le praticien réflexif.* Montréal: Les Éditions Logiques.

Schon, D. A. (1995). Formar professores como profissionais reflexivos. In A. Nóvoa (Org.), *Os professores e a sua formação*. (2ª edição, pp. 77-91). Lisboa: Publicações Dom Quixote/Instituto de Inovação Educacional.

Seixas, A. M. (2001). Políticas educativas para o ensino superior: a globalização neoliberal e a emergência de novas formas de regulação estatal. In S. R. Stoer, L. Cortesão, & J. A. Correia (Org.), *Transnacionalização da educação: da crise da educação à "educação" da crise* (pp. 209-238). Porto: Edições Afrontamento.

Serra, M. J. N. (2011). *Aprender a ser enfermeiro: a construção identitária por estudantes de enfermagem.* Tese de doutoramento, Instituto de Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Silva, A. C. R., & Pacheco, J. A. (2005). Organização curricular por competência no ensino superior: dificuldades e possibilidades. In B. Silva, & L. Almeida (Org.), *Atas do VIII Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia* (pp. 2929-2941). Braga: Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho.

Silva, A. L. (2003). Habilidade intuitiva no cuidado de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 11*(4), 429-435. Acedido em 17 de Março de 2011 em: http://goo.gl/ZLcVFr

Silva, A. V. A., Macedo, E. M. C., Garcia, E. M. B., Marques, M. F. M., Pedroso, M. H. M., & Varandas, M. L. (2007). *Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara: pioneira no passado, actuante no presente, inovadora no futuro…121 anos de história*. Loures: Lusociência.

Silva, P. J. O. (2012). *A formação de enfermeiros em Portugal, uma cartografia dos dicursos presentes*. Tese de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, Universidade do Porto, Porto.

Silva, R. F., & Sá-Chaves, I. (2008). Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 12(27),* 721-734. doi.org/10.1590/S1414-32832008000400004

Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde. Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

Simon, H. A., Dantzig, G. B., Hogarth, R., Piott, C. R., Raiffa, H., Schelling, T. C., Shepsle, K. A., Thaier, R., Tversky, A., & Winter, S. (1986). *Decision making and problem solving*. Acedido em 2 de Abril, 2013 em: http://goo.gl/FJJLfJ

Simpson, E., & Courtney, M. (2002). Critical thinking in nursing education: a literature review. *International Journal of Nursing Practice, 8*, 89-98. Acedido em 27 de Julho de 2013 em: http://goo.gl/4ZaL9l

Simpson, E., & Courtney, M. (2007). The development of a critical thinking conceptual model to enhance critical thinking skills in middle-eastern nurses: a middle-eastern experience. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25(1),* 56-63. Acedido em 23 de Setembro de 2013 em: http://goo.gl/9YmOen

Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa/Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Sousa, I. M. A. B. (2011). *Processo de Bolonha e mudanças na educação superior: um estudo no ensino superior politécnico português*. Tese de Doutoramento, Instituto de Educação da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. Acedido em 9 de Julho de 2012 em: http://goo.gl/YejB1T

Sousa, P., & Carvalho, L. (2012). A ESEP e a implementação do processo de Bolonha: o pretexto dos pretextos. In A. Ramos, A. Cruchinho, F. Delgado, G. Ramos, P. Pereira, P. Sapeta, & P. Afonso (Org.), *A Concretização do Processo de Bolonha em Portugal – Encontro Nacional* (pp. 53-64). Castelo Branco: Instituto Politécnico de Castelo Branco. Acedido em 1 de Julho de 2014 em: http://goo.gl/Nsf8xh

Sousa Pacheco, M. S. F. (2011). *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem: uma teoria explicativa*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. Acedida em 1 de Dezembro de 2013 em http://goo.gl/G2C9EF

Sousa Santos, B. (1988). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.

Sousa Santos, B. (2001). Os processos da globalização. In B. S. Santos (Org.), *Globalização, fatalidade ou utopia?* (pp. 33-106). Porto: Edições Afrontamento.

Sousa Santos, B. (2008). A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. In B. S. Santos, & N. A. Filho (Eds.), *A universidade no século XXI: para uma universidade nova* (pp. 13-107). Coimbra: Almedina.

Sousa Santos, B. (2010). The European university at crossroads. *IdeAs, 2*, 1-8. Acedido em 18 Abril 2014 em: http://goo.gl/de7m7M

Stake, R. E. (2007). *A arte da investigação com estudos de casos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Standing, M. (2007). Clinical decision-making skills on the developmental journey from student to Registered Nurse: a longitudinal inquiry. *Journal of Advanced Nursing, 60(3),* 257–269. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04407.x

Standing, M. (2008). Clinical judgment and decision-making in nursing – nine modes of practice in a revised cognitive *continuum*. *Journal of Advanced Nursing, 62(1),* 124-134. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04583.x

Standing, M. (2010). *Clinical judgment and decision-making in nursing and interprofessional healthcare*. Berkshire: McGraw Hill.

Standing, M. (2011). *Clinical judgment and decision-making for nursing students*. Exeter: Learning Matters.

Starkie, E. G. (2006). El papel de la politica educativa europea en la formacion de los cidadanos europeos. *Revista Ciencias de la Educacón, 28(2),* 105-118.

Stoer S. R., & Magalhães, A. M. (2003). Educação, conhecimento e a sociedade em rede. *Educação & Sociedade, 24(85),* 1179-1202. Acedido em 10 de Dezembro de 2013 em: http://goo.gl/52MGwP

Stoer, S. R., & Magalhães, A. (2005). *A diferença somos nós. A gestão da mudança social e as políticas educativas e sociais*. Porto: Afrontamento.

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada.* (2ª edição). Porto Alegre: Artemed.

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem.* (5ª edição). Loures: Lusodidacta.

Sullivan, E. A. (2012). Critical thinking in clinical nurse education: application of Paul's model of critical thinking. *Nurse Education in Practice, 12*, 322-327. doi:10.1016/j.nepr.2012.03.005

Tacla, M. T. G. M., Zani, A. V., Rossetto, E. G., Pieri, F. M., & Cestari, M. E. W. (2012). Boas práticas de ensino no currículo integrado de enfermagem. In E. M. Kikuchi, & M. H. D. M. Guariente (Orgs.), *Currículo integrado: a experiência do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina* (pp. 77-92). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education, 45(6)*, 204-211.

Tanner, C. A. (2007). The curriculum revolution revisited. *Journal of Nursing Education, 46(2)*, 51-52.

Taylor, J. (2013). The state and the higher education institutions: new pressures, new relationships and new tensions. In R. Goodman, T. Kariya, & J. Taylor (Org.), *Higher education and the state* (pp. 9-35). Oxford: Symposium Books.

Teixeira, O. (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem em Portugal: a profissão/modelos profissionais como objecto de análise. *Enfermagem, 23/24* (2ª série), 31-36.

Teixeira, P. N. (2008). Ensino superior em Portugal: necessidades, recursos e escolhas. In Conselho Nacional de Educação (Org.), *Políticas do ensino superior, quatro temas em debate* (pp. 163-176). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Teles Pinto, N. M. (2006). A importância do pensamento crítico para decisão em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem, 6*, 11-15.

Teodoro, A. (2001). *A construção política da educação. Estado, mudança social e políticas educativas no Portugal contemporâneo*. Porto: Afrontamento.

Teodoro, A. (2002). As novas formas de regulação transnacional no campo das políticas educativas, ou uma globalização de baixa intensidade. *Eccos, 4(1)*, 61-77.

Teodoro, A. (2003). *Globalização e Educação. Políticas educacionais e novos modos de governação*. Porto: Afrontamento.

Teodoro, A. (2005). O processo de Bolonha e a reforma universitária: dos riscos potenciais às possibilidades reais da mudança. In F. S. Neves (Org.), *Quem tem medo da "Declaração de Bolonha"?* (pp. 37-40). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

Teodoro, A. (2010). *Educação, Globalização e Neoliberalismo*. Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

Teodoro, A. (2011). «A fortuna é de quem a agarrar». A Rede Iberoamericana de Investigação em Políticas de Educação (RIAIPE) e as perspectivas de trabalho futuro. *Revista de la Asociación de Sociología de la Educación, 4(1),* 6-18.

Teodoro, A., & Aníbal, G. (2007). A Educação em Tempos de Globalização. Modernização e Hibridismo nas políticas educativas em Portugal. *Revista Lusófona de Educação, 10,* 13-26.

Teodoro, A., & Estrela, E. (2010). Curriculum policy in Portugal (1995-2007): global agendas and regional and national reconfigurations. *Journal of Curriculum Studies*, 42(5), 621-647. doi: 10.1080/00220271003735728

Teodoro, A., Galego, C., & Marques, F. (2010). Do fim dos eleitos ao Processo de Bolonha. As políticas de educação superior em Portugal (1970-2008). In A. Teodoro (Org.), *A Educação Superior no Espaço Iberoamericano. Do elitismo à transnacionalização*, (pp. 93-116). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.

Teodoro, A., & Montané, A. (Org.). (2009). *Espejo y reflejo: políticas curriculares y evaluaciones internacionales*. Valencia: Germania.

The INASCL Board of Directors (2011). Standard I: terminology. *Clinical Simulation in Nursing, 7(4S),* S3-S7. doi.org/10.1016/j.ecns.2011.05.005

Thompson, C. (1999). A conceptual treadmill: the need for 'middle ground' in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 30(5),* 1222-1229.

Thompson, C. (2001). JAN Forum: clinical decision making in nursing: theoretical perspectives and their relevance to practice - a response to Jean Harbison. *Journal of Advanced Nursing, 35,*134-137.

Thompson, C., Aitken, A., Doran, D., & Dowding, D. (2013). An agenda for clinical decision making and judgement in nursing research and education. *International Journal of Nursing Studies, 50,* 1720-1726. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.05.003

Thompson, C., & Dowding, D. (2009). *Essential decision making and clinical judgement for nurses.* Edinbutgh: Churchill Livingstone.

Thompson, C., & Staply, S. (2011). Do educational interventions improve nurses' clinical decision making and judgement? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies, 48(7),* 881-893. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.12.005

Torres, C. A. (2003). Democracia, educação e multiculturalismo: dilemas da cidadania em um mundo globalizado. In C. A. Torres (Org.), *Teoria crítica e sociologia política da educação* (pp. 63-101). São Paulo: Cortez Editora.

Tschikota, S. (1993). The clinical decision-making processes of students nurses. *Journal of Nursing Education, 32*(9), 389-398.

Tuning (2010). *A tuning guide to formulating degree programme profiles*. Bilbao: European Commission through the Life Long Learning (LLL) Programme.

Tuning Project (2008). *Universities' contribution to the Bologna Process*. (2ª edição). Bilbao: European Commission through the Socrates and Tempus Programme.

Tyack, D., & Cuban, L. (1995). *Tinkering toward utopia. A century of public school reform*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Valiga, T. (2009). Promotion and assessing critical thinking. In S. DeYoung (Coord.), *Teaching strategies for nurse educators* (2ª edição, pp. 217-238). New Jersey: Prentice Hall.

Varandas, M. L., & Lopes, A. (2012). Formação profissional contínua e qualidade dos cuidados de enfermagem: a necessidade de uma mudança de paradigma educativo. *Revista Lusófona de Educação, (22),* 141-158.

Vieira, A. P. B. (2005). *O mandato europeu para a educação e a sua recontextualização nacional*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga.

Waldow, V. R. (1995). Desenvolvimento do pensamento crítico em enfermagem. In: V. R. Waldow, M. J. Lopes, & D. E. Meyer (Org.), *Maneiras de cuidar. Maneiras de ensinar* (pp. 109-134). Porto Alegre: Artes Médicas.

Waldow, V. R. (2005). *Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico*. Petrópolis: Vozes.

Waldow, V. R. (2009a). Momento de cuidar: momento de reflexão na acção. *Revista Brasileira de Enfermagem, 62*(1), 140-145. Acedido em 2 de Novembro de 2013 em: http://goo.gl/rJjD4C

Waldow, V. R. (2009b). Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado. *O Mundo da Saúde São Paulo, 33(2),* 182-188. Acedido em 2 de Novembro de 2013 em: http://goo.gl/0fPv94

Wang, Y. Chien, W., & Twinn, S. (2011). An exploratory study on baccalaureate-prepared nurses' perceptions regarding clinical decision-making in mainland China. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 1706–1715. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03925.x

White, A. H. (2003). Clinical decision making among fourth-year students: an interpretative study. *Journal of Nursing Education, 42(3)*, 113-120.

Wilkinson, J. M. (2012). *Nursing process & critical thinking.* (5ª edição). New Jersey: Pearson.

Yang, H., & Thompson, C. (2011). The effects of clinical experience on nurses' critical event risk assessment judgements in paper based and high fidelity simulated conditions. *International Journal of Nursing Studies,48(4),* 429–437. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.010

Yin, R. K. (2009). *Case study research: design and methods.* (4ª edição). California: Sage.

Zabalza, M. A. (1994). *Diários de aula*. Porto: Porto Editora.

Zabalza, M. A. (2011). *Diarios de clase: un instrumento de investigación e desarrollo profesional* (3ª edição). Madrid: Narcea.

Legislação

Lei n.º 46/1986, de 14 de Outubro. Lei de Bases do Sistema Educativo.

Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto. Segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo em Matéria de Ensino Superior e primeira alteração à Lei de Bases do Financiamento do Ensino Superior.

Lei n.º 38/2007, de 16 de Agosto. Regime Jurídico da Avaliação da Qualidade do Ensino Superior.

Lei n.º 62/2007, de 10 de Setembro. Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior.

Lei n.º 7/2010, de 13 de Maio. Primeira alteração ao Estatuto da Carreira Docente do Ensino Politécnico.

Decreto-Lei n.º 448/1979, de 13 de Novembro. Estatuto da Carreiras Docente do Ensino Universitário.

Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro. Integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico.

Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do. Enfermeiro.

Decreto-Lei n.º 104/1998, de 21 de Abril. Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto.

Decreto-Lei n.º 205/1998, de 11 de Junho. Cria o Concelho Nacional de Avaliação do Ensino Superior e estabelece as regras gerais do sistema de avaliação.

Decreto-Lei n.º 353/1999, de 3 de Setembro. Aprova o plano integrado de medidas estruturantes para o desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da enfermagem.

Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro. Aprova os princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu de ensino superior.

Decreto-Lei n.º 64/2006, de 21 de Março. Aprova as condições especiais de acesso e ingresso no ensino superior para a frequência do ensino superior dos maiores de 23 anos.

Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março. Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior.

Decreto-Lei n.º 369/2007, de 5 de Novembro. Cria a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES).

Decreto-Lei n.º 396/2007, de 31 de Dezembro. Estabelece o regime jurídico do Sistema Nacional de Qualificações e define as estruturas que regulam o seu funcionamento.

Decreto-Lei n.º 90/2008, de 30 de Maio. Regime de acesso e ingresso para frequência de ciclos de estudos de licenciatura e mestrados integrados. Altera o Decreto-Lei n.º 296-A/98, de 25 de Setembro.

Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho**.** Graus e diplomas do ensino superior.

Decreto-Lei n.º 205/2009, de 31 de Agosto. Revisão do Estatuto da Carreira Docente do Ensino Universitário.

Decreto-Lei n.º 206/2009, de 31 de Agosto. Regime Jurídico do Título de Especialista.

Decreto-Lei n.º 207/2009, de 31 de Agosto. Revisão do Estatuto da Carreira Docente do Ensino Politécnico.

Decreto-Lei n.º 115/2013, de 7 de Agosto. Graus académicos e diplomas do ensino superior.

Despacho n.º 13 766/2004. Constituição dos grupos de coordenação por cada área de conhecimento para a implementação do Processo de Bolonha.

APÊNDICES

Apêndice I – Guião de Entrevista do Docente (Currículo; Aprendizagem dos Estudantes) e do Enfermeiro Orientador

Guião de Entrevista do Docente- *Currículo*

Bloco temático	Dimensão	Objectivos
A	**Legitimação da entrevista**	- Legitimar a entrevista. - Motivar o entrevistado para colaborar.
B	**Curso de Licenciatura em Enfermagem**	- Identificar as mudanças no ensino de Enfermagem com o Curso de Licenciatura em Enfermagem. - Conhecer a opinião dos professores de enfermagem sobre esta reforma curricular. - Identificar as linhas orientadoras do currículo formal do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre o conhecimento necessário à tomada de decisão. - Compreender como o ensino superior de enfermagem promoveu a tomada de decisão do estudante.
C	**Processo de Bolonha**	- Compreender como o Processo de Bolonha influenciou a concepção do currículo de modo a promover a tomada de decisão do estudante de enfermagem.
D	**Concepções dos professores sobre a tomada de decisão**	- Compreender qual a opinião do professor sobre a tomada de decisão do estudante de enfermagem.
E	**Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão**	- Identificar as perspectivas dos professores sobre as estratégias de ensino subjacentes ao plano de estudo para uma aprendizagem da tomada de decisão mais significativa para o estudante.

Guião de Entrevista do Docente- *Aprendizagem dos Estudantes*

Bloco temático	Dimensão	Objectivos
A	**Legitimação da entrevista**	- Legitimar a entrevista. - Motivar o entrevistado para colaborar.
B	**Curso de Licenciatura em Enfermagem**	- Conhecer a opinião dos professores de enfermagem sobre esta reforma curricular. - Identificar as linhas orientadoras do currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre o conhecimento necessário à tomada de decisão. - Compreender como o ensino superior de enfermagem promoveu a tomada de decisão do estudante.
C	**Concepções dos professores sobre a tomada de decisão**	- Compreender qual a opinião do professor sobre a tomada de decisão do estudante de enfermagem.
D	**Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão**	- Compreender como os professores preparam e organizam as actividades pedagógicas para promover a tomada de decisão do estudante. - Identificar as perspectivas dos professores em relação às estratégias de ensino que tornem uma aprendizagem da tomada de decisão mais significativa para o estudante.

Guião de Entrevista do Enfermeiro Orientador

Bloco temático	Dimensão	Objectivos
A	**Legitimação da entrevista**	- Legitimar a entrevista. - Motivar o entrevistado para colaborar.
B	**Curso de Licenciatura em Enfermagem**	- Identificar as linhas orientadoras do currículo do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre o conhecimento necessário à tomada de decisão. - Compreender como o ensino superior de enfermagem promoveu a tomada de decisão do estudante.
C	**Concepções dos enfermeiros orientadores sobre a tomada de decisão**	- Compreender qual a opinião do enfermeiro orientador sobre a tomada de decisão do estudante de enfermagem.
D	**Estratégias de ensino para o desenvolvimento da tomada de decisão**	- Compreender como os enfermeiros orientadores preparam e organizam as intervenções de enfermagem para promover a tomada de decisão do estudante de enfermagem. - Identificar as perspectivas dos enfermeiros orientadores em relação às práticas clínicas que tornem a aprendizagem da tomada de decisão mais significativa para o estudante de enfermagem.

Apêndice II – Grelha de Análise

GRELHA DE ANÁLISE

Dimensão	Categorias	Subcategorias	
A – O CURRÍCULO DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM	**A.1 – Competências estruturais do currículo**	A.1.1 – A importância dos conhecimentos	
		A.1.2 – Trabalhar por problemas	
		A.1.3 – Criar ou utilizar outros meios de ensino	
		A.1.4 – Negociar e conduzir projectos com os estudantes	
		A.1.5 – Adaptar um planeamento flexível, improvisar	
		A.1.6 – Novo contrato didáctico	
		A.1.7 – Praticar uma avaliação formativa	
		A.1.8 – Orientar para uma menor compartimentação disciplinar	
	A.2 – Factores que facilitaram/dificultaram implementação do novo currículo	A.2.1 – Factores Institucionais	
		A.2.2 – Factores Organizacionais	
		A.2.3 – Factores Curriculares	
		A.2.4 – Factores Pessoais	
	A.3 – Aspectos positivos e negativos da reforma educativa	A.3.1 – Aspectos Positivos	
		A.3.2 – Aspectos Negativos	
B – A TOMADA DE DECISÃO	**B.1 – Desenvolvimento das competências de tomada de decisão**	B.1.1 – Competências psicomotoras	
		B.1.2 – Resolução de problemas	
		B.1.3 – Pensamento crítico	
		B.1.4 – Julgamento clínico/tomada de decisão	
	B.2 – Etapas do processo de tomada de decisão	B.2.1 – Definição do problema	
		B.2.2 – Análise dos dados obtidos	
		B.2.3 – Selecção da melhor alternativa	
		B.2.4 – Plano de acção	
		B.2.5 – Avaliação	
	B.3 – Tipos de decisões	B.3.1 – Decisão (intervenção)	
		B.3.2 – Decisão (focalização)	
		B.3.3 – Decisão (temporização)	
		B.3.4 – Decisão (comunicação)	
		B.3.5 – Decisão (gestão)	
		B.3.6 – Decisão (compreensão)	
	B.4 – Indicadores de competências de tomada de decisão	B.4.1 – Indicadores pessoais	
		B.4.2 – Indicadores interpessoais	
		B.4.3 – Indicadores sociais	
C – ESTRATÉGIAS DE ENSINO PARA O DESENVOLVIMENTO DA TOMADA DE DECISÃO	**C.1 – O que deixar de fazer**	C.1.1 – Inibição do pensamento crítico	
		C.1.2 – Barreiras ao pensamento crítico	
	C.2 – O que se faz	C.2.1 – Métodos tradicionais	C.2.1.1 – Aulas expositivas
			C.2.1.2 – Meios audiovisuais
		C.2.2 – Métodos de promoção de competências psicomotoras	C.2.2.1 – Ensino com instruções
			C.2.2.2 – Demonstração
			C.2.2.3 – Simulação
		C.2.3 – Métodos de promoção do pensamento crítico	C.2.3.1 – Discussão
			C.2.3.2 – Questionar
			C.2.3.3 – Mapeamento de conceitos
			C.2.3.4 – Aprendizagem baseada em problemas
			C.2.3.5 – Reflexão

Apêndice III – Grelha de Análise dos Diários de Aprendizagem e das Notas de Campo dos Estudantes do terceiro e do quarto ano

Grelha de Análise da Categoria **Etapas do Processo da Tomada de Decisão** (King, 1984) e **Tipo de Tomada de Decisão** (Thompson & Staply, 2011) nos Diários de Aprendizagem dos Estudantes do terceiro ano

Diário Aprendizagem Terceiro ano	Etapas do Processo da Tomada de Decisão											Tipo de Tomada de Decisão
	Identificação do problema	Unidades registo	Análise dos dados obtidos	Unidades registo	Selecção da melhor alternativa	Unidades registo	Plano de acção	Unidades registo	Avaliação	Unidades registo	**Total Etapas**	
3E-1	durante o almoço, enquanto dava a medicação a um dos doentes ouvi "Tussa D.E!", quando me virei para ver o que se passava vi o Enfº. Carlos a fazer a manobra de Heimilich à D.E. que se tinha engasgado com um pedaço de frango	1	Mesmo com a intervenção rápida do Enfº. Carlos a D.E. não conseguia respirar. Apesar de todos os esforços, estava a ser muito difícil reverter a situação / os enfermeiros pediram para chamar o INEM e para alguém ir buscar o carro de emergência do serviço	2	Nesse momento eu e uma das minhas colegas corremos para ir buscar o carro e a garrafa de oxigénio	1	Quando cheguei ao refeitório com o carro de emergência vi a D.E. deitada no chão, em posição lateral de segurança, estava muito cianosada e inconsciente	1	Enfº Miguel retirou, com o dedo, o pedaço de carne que estava a provocar a obstrução. Assim que o conseguiu, colocou a máscara de oxigénio à doente que começou a recuperar./ Em relação à intervenção de enfermagem em situações de urgência, percebi a importância dos conhecimentos nesta área e da capacidade para os aplicar mantendo a calma e utilizando os recursos disponíveis./ Também houve alguns menos positivos como o facto de me ter sentido, no inicio, um pouco paralisada sem saber o que fazer para ajudar e no final por perceber que a situação me deixou nervosa, o que me fez questionar se teria conseguido reverter a situação se estivesse sozinha.	3	5	Intervenção
3E-2	Quando chego ao corredor, ainda da porta da sala de tratamentos, deparo-me com uma grande "agitação" no quarto, mesmo em frente à sala onde me encontrava.	1	percebi, através dos olhares dos profissionais e, da enorme tristeza no olhar e na expressão do rosto daquela mãe que o seu filho havia falecido. Quando entrou, o Sr. apercebeu-se da morte do filho e foi de	2	Achei que aquele momento era um momento "deles", o momento dos pais se despedirem do filho. Achei que não seria o momento para entrar no quarto, uma vez que seria a primeira vez que o casal me iria ver, para eles seria uma	2	optei por não me aproximar demasiado, e acabei por não entrar dentro do quarto Assim, limitei-me a observar	2	Apesar de triste, observava atentamente tudo o que se passava dentro do quarto: a relação dos enfermeiros com os pais do menino, a reacção dos pais e o enorme sofrimento em que se encontravam, a atitude dos médicos perante os pais e a situação e o impacto que	1	5	Compreensão

			imediato ter com a sua esposa.		pessoa "estranha", uma vez que nunca tinha tido nenhum outro contacto com eles.				esta situação teve em todo o serviço, afectando até os pais de outras crianças, que se mostraram solidários e ao mesmo tempo tristes pelo sucedido.			
3E-3	O facto de nunca ter estado em contacto com utentes da área da psiquiatria, fez-me sentir inseguro na minha primeira abordagem	1	A relação de ajuda é um processo de auto-descoberta e que permite o aumento da auto-confiança, um aspecto que eu sentia falta no inicio do ensino clínico.	1	Por me sentir inseguro, decidi no inicio abordar utentes que aparentemente pudessem revelar uma maior predisposição para falar comigo, que me permitissem nesta fase inicial perder alguns dos medos que me atormentavam./ Achei que deste modo, ao comunicar com as utentes "mais influentes" pudesse de certo modo habituar as outras à minha presença o que poderia facilitar uma futura abordagem	2	observei os seus comportamentos durante as refeições, na sala de estar, no jardim e decidi apresentar-me às utentes que mais facilmente interagiam com as outras, as que mais dinamizavam as conversas entre elas	1	Nas primeiras interacções que tive abordei assuntos banais do dia-a-dia, assuntos que pudessem ajudar-me a quebrar a ansiedade inicial da conversa. Com este comportamento acho que não tive muito em conta as utentes, visto que esta estratégia foi delineada de modo a ajudar-me e não a ajudar a todos os intervenientes da conversa. Sei que provavelmente não foi uma atitude correcta, mas foi algo que eu necessitava de fazer para conseguir desinibir-me e para poder passar para uma fase seguinte na relação com as utentes./ Ao contrário da minha estratégia inicial, neste momento tenho vindo a tentar estabelecer relações de ajuda com utentes mais reservadas/ Uma das dificuldades que sinto nas interacções com os utentes é a capacidade de compreender se por vezes uma utente me transmite uma mensagem enganadora	3	5	Comunicação

3E-4	esta semana tinha como principais objectivos: (…) seleccionar uma família, sobre a qual iria desenvolver o meu estudo de caso	1	tentei avaliar os diversos casos que nos surgiram até encontrar o que me pareceu mais interessante para explorar – do ponto de vista académico.	1	pedi então autorização à senhora enfermeira orientadora para perguntar a algumas utentes para colaborarem comigo na elaboração do meu estudo de caso. / fiquei realmente entusiasmada para avançar com um estudo de caso sobre esta utente./	2	A consulta decorreu normalmente, era uma senhora interessada e que se mostrou prontamente disponível a colaborar comigo	1	tive que fechar um estudo de caso que estava praticamente terminado (do ponto de vista teórico) pois estava tão motivada que pesquisei imenso sobre o Glaucoma, terapêutica e intervenções de enfermagem e de nada serviu/ O facto de me ter interessado tanto pelo caso desde início levou-me a pesquisar e querer saber mais, mas o meu saber provocou um sentimento de impotência face ao sucedido, pois o embrião (que deveria ter 10 semanas de idade gestacional) tinha na realidade 7 semanas./ Terei que seleccionar outra utente e reiniciar o trabalho para o estudo de caso, mas esse é o menor dos meus problemas neste momento. Creio que preciso compreender melhor os processos envolvidos neste trágico desfecho e aprender a aceitar que nem sempre é possível estabelecer uma relação de ajuda	3	5	Focalização
3E-5	não demorei muito a perceber que se estavam a referir a uma interrupção da gravidez	1	nunca tinha tido contacto com uma utente que estivesse a pensar realizar uma interrupção da gravidez, (…) confesso que me foi difícil tomar contacto com esta realidade, deixando de lado aquilo que para mim significa interromper uma gravidez./ apercebi-me que para a utente a ideia de	2	percebi que o facto de a ouvir já era uma ajuda	1	custou-me ouvir a utente sem a poder ajudar.	1	cheguei à conclusão que me deixei afectar devido à minha inexperiência em lidar com estas situações./ Penso que poderia ter sido menos influenciada pelos meus valores e sentimentos e por isso numa próxima situação tenciono ser mais objectiva e profissional, quer para me proteger, quer para melhorar a minha intervenção junto dos utentes.	2	5	Compreensão

			interromper a gravidez também a incomodava.									
3E-6	minhas maiores dificuldades enquanto aluna do terceiro ano de enfermagem eram ao nível da destreza técnica / manual e da comunicação com crianças	1	Muito provavelmente tal facto devia-se à minha escassa experiência em contexto clínico	1	decidi que estas competências seriam duas áreas de investimento prioritário	1	tendo-me vindo a esforçar por desenvolvê-las	1	Actualmente, devo confessar que é possível constatar uma evolução francamente positiva em ambas as situações, apesar de ter consciência que ainda tenho muito a aprender	1	5	Focalização
3E-7	Eu e a minha colega já estávamos de saída, pois tínhamos realizado o turno da manhã, quando vi, sentado no corredor, um dos jovens internados/	1	Ele apresentava uma postura muito abatida e uma expressão infeliz/ ele referiu, de uma forma muito desconsolada, que um enfermeiro lhe tinha comunicado que a doença não tinha cura	2	Pensei então que agora seria o momento certo para prosseguir a conversa	1	Resolvi então ir sentar-me ao pé dele e retomar a conversa anterior.	1	achei que deveria ter escolhido outro contexto para ter esta conversa. O facto de estar num sítio mais exposto talvez não tenha dado a hipótese à pessoa para se exprimir melhor/ Também considero que o facto de ter de me ir embora não possibilitou que o nosso diálogo se alongasse e explorássemos mais alguns assuntos/ senti que deveria ter aquela conversa, antes que não fizesse mais sentido, mas de futuro espero pensar mais a longo prazo e aproveitar momentos mais adequados	3	5	Temporização
3E-8	A enfermeira orientadora após verificar que estava tudo bem, disse-me para ser eu a fazer o procedimento	1	No início fiquei um pouco atrapalhada, pois não estava à espera e não sabia como proceder.	1	Comecei por pedir autorização à cliente para "quebrar o gelo" conversar com ela sobre a gravidez e a sua evolução.	1	Com o auxílio da enfermeira orientadora realizei o procedimento	1	este curso é essencialmente prático e como aluna do 3ª ano, considero que é importante que nos estágios os orientadores promovam a autonomia do aluno e que este também tome iniciativa para isso e	1	5	Comunicação

									responsabilidade			
3E-9	Uma das Grávidas que estava em Trabalho de Parto era muito jovem, Indiana, e não sabia falar Português nem Inglês.	1	Estava sozinha no quarto do Bloco de Partos e estava a gemer muito com dores e com um fácies muito contraído.	1		-	aproximei-me da senhora e, apesar de não poder comunicar verbalmente, pelo menos de um modo perceptível para a senhora, mantive-me ao pé dela, para lhe transmitir alguma força.	1	quando me vim embora da Maternidade, fiquei a pensar que se calhar devia ter ficado com a senhora, uma vez que as outras Grávidas que estavam em Trabalho de Parto no Bloco estavam acompanhadas, sendo que esta senhora era a única que estava sozinha	1	4	Compreensão
3E-10	a senhora L estava muito apelativa em relação ao consumo de tabaco.	1	uma vez que a senhora tinha apenas um maço de tabaco incompleto para dois dias (…) e tendo em conta que estava muito agitada, sem conseguir controlar a quantidade de tabaco que fumava, os Enfermeiros estavam a intervir nesse aspecto na medida em que mantinham na sala de trabalho o maço e davam cerca de um cigarro por hora à senhora L. esta situação não era do agrado da senhora, uma vez que esta referia não perceber o porquê de não poder fumar quando queria Para conseguir obter o que desejava, a senhora pedia o tabaco de um modo muito insistente a todos os profissionais que estavam de serviço, inclusivamente a mim e às minhas colegas	3	a senhora pediu-me o tabaco, no entanto eu decidi não dar logo uma vez que o Enfermeiro não estava presente e eu não sabia há quanto tempo a senhora não fumava	1	Expliquei-lhe que assim que o Enfermeiro chegasse lhe transmitiria a sua vontade de fumar, mas que não lhe poderia dar o cigarro sem a confirmação do mesmo/	1	o meu primeiro pensamento foi "não sei o que dizer à senhora, não estou a conseguir controlar a situação como deveria, não sei o que vai acontecer"/ Esta experiência teve um lado negativo para mim, uma vez que me provocou stress e, por momentos, fiquei sem saber como seria o melhor modo para resolver a situação. Mas, por outro lado, foi uma experiência essencialmente positiva no sentido em que foi a primeira vez que um doente me falou de um modo um pouco mais agressivo e me fez perceber que existem situações com as quais tenho mais dificuldade em lidar	2	5	Intervenção

3E-11	A verdade é que, a dado momento, comecei a sentir tonturas e a ter a visão turva pelo que tive de me sentar durante breves momentos, até me sentir melhor.	1	Nunca tinha visto uma cesariana, apenas sabia o procedimento no geral.	1		-	Passado este breve mal-estar voltei a observar a cesariana e não se repetiu a situação. Seguidamente observei como eram efectuados os cuidados ao recém-nascido	1	Penso que tomei a atitude correcta e o facto de já saber como se desenrola o procedimento foi benéfico na segunda cesariana, uma vez que consegui observá-la por completo e ainda proceder à ajuda da enfermeira nos cuidados imediatos ao recém-nascido e nos de higiene e conforto à mãe./ O facto de ter sabido que poderia prejudicar de alguma forma o procedimento se não tivesse decidido por ir sentar-me um pouco, até me sentir melhor foi também algo positivo que retirei da experiência.	2	4	Intervenção
3E-12	A cliente faltou por três vezes a essa consulta, pelo que a sua Psiquiatra (membro da equipa comunitária da Parede) elaborou um mandato de condução. No seguimento do mandato, a cliente foi acompanhada por dois agentes da PSP até à consulta de enfermagem para que pudesse ser administrada terapêutica injectável.	1	A D. I.C. apresentava-se cuidada e com vestuário adequado. Incapaz de manter a sua concentração ou atenção, mostrou sempre uma grande resistência ao estabelecimento de uma entrevista. A sua linguagem não-verbal, gesticulação intensa e hostil, revelaram desde o início a sua oposição ao regime terapêutico	1	Perante esta situação senti a necessidade de não intervir,	1	manter sentada ao lado da enfermeira, limitando-me a assistir à situação.	1	a parte menos positiva nesta experiência se prende com a incapacidade de actuação perante esta situação. Penso que nesta situação poderia ter tido um comportamento mais assertivo./ presenciei a intervenção da enfermeira neste momento de crise. Desta forma percebi que há estratégias assertivas para conduzir a entrevista	2	5	Compreensão
3E-13	No decorrer da actividade, a L. foi tecendo comentários um pouco desagradáveis relativamente à Enf.ª Isabel Ana, à D.ª Juliana, assistente operacional da Unidade, e a outros utentes	1	Ao tecer estes comentários a L. apresentava uma expressão de superioridade e desprezo em relação aos outros, manifestando também ciúme em relação a outros utentes./ De cada vez que me dava a conhecer o seu ponto de vista, fazia-o de forma a que eu	2	Tentei fazê-lo de forma a que a L. não se sentisse ameaçada nem contrariada, tentando mantê-la focada na actividade /: Ao tentar focalizá-la na actividade, tive a intenção de a dispersar dos pensamentos que tinha	2	tentei manter uma postura o mais natural possível, dizendo-lhe que não concordava com o que ela dizia, que a Enf.ª Isabel Ana e a D.ª Juliana estavam ali para fazer o seu trabalho e os ajudar e que não tinham a intenção de prejudicar ninguém dentro da Unidade/ Relativamente aos	2	Os comentários tecidos pela L. criaram um momento mais desagradável e negativo, mas que se tornou positivo pelo simples facto de ter acontecido, pois assim pude me aperceber de alguns sinais e sintomas presentes num distúrbio de personalidade, distinguindo qual o tipo de personalidade da L. /	3	5	Comunicação

			assentisse e concordasse com o que ela dizia.				utentes que a L. achava serem beneficiados, expliquei-lhe que os seus pensamentos não correspondiam à verdade, pois dentro da Unidade todos eram tratados por igual.		Foi igualmente positivo por ter tido a capacidade de não me deixar manipular, mantendo a minha posição como estudante de enfermagem e tentando ajudar a L. ao fazê-la ver que os seus comentários e pensamentos não eram correctos/ Julgo ter agido bem quando referi à L. que os seus pensamentos e atitudes naquele momento não eram correctos e quando lhe expliquei qual o papel que as enfermeiras e a assistente operacional têm dentro da Unidade			
3E-14	os pais do L. mostravam-se ainda bastante apreensivos, a mãe do L. disse mesmo "Mas foi alguma coisa de mal que fizemos? É que não sabemos bem como cuidar bem dele por vezes. É tanta coisa nova! Nós já sabíamos que não era fácil, mas por vezes não sabemos mesmo, e gostamos muito dele."	1	Aquando da realização do exame físico, na observação da cavidade oral, nomeadamente da língua, a enfermeira percebeu esta se encontrava com a mobilidade comprometida devido ao facto de o freio se prolongar mais que o normal. Eu verifiquei o achado e percebi que o L. não conseguia mover a sua língua de forma adequada. Quando a enfermeira disse aos pais o que se passava, estes mostraram-se bastante ansiosos com a situação.	2	Perante esta verbalização, eu e a enfermeira voltamos a sentar-nos perto dos pais do L. e a consulta prolongou-se por mais 40 minutos.	1	Eu fui participando, tentando sempre ajudar a enfermeira a acalmar aqueles pais e a perceber os motivos da sua angústia.	1	A minha hesitação inicial deveu-se sobretudo à minha confrontação com uma situação para a qual eu nunca tinha sido chamada a intervir, apenas tinha conhecimento dela pela teoria, no entanto, acabou por se configurar positivamente (muito mesmo), na medida em que permitiu treinar capacidades de relação, de interacção, e transposição de conhecimentos para a prática/ Notoriamente eu estava mais preocupada em pesar correctamente o L. e a posicionar da forma correcta a fita métrica para avaliar o seu perímetro cefálico, que me esqueci um pouco dos seus pais. Quando surgiram por fim as inquietações, eu não estava à espera e fiquei com a hesitação inicial.	2	5	Comunicação

3E-15	Num daqueles momentos em que é feita mais uma avaliação à senhora e lhe é dito que está quase, e logo a seguir se abandona o quarto	1	Embora estivesse acompanhada do respectivo companheiro senti que estes precisavam que ficasse mais um pouco	1	decidi ficar, em vez de seguir a enfermeira./	1	segundos escassos em que fiquei no quarto foram o suficiente para ser "bombardeada" por perguntas cheias de dúvida e aflição/ ao lembrar-me de todas as técnicas aprendidas em relação de ajuda e de certa forma já trabalhadas em ensinos clínicos anteriores, utilizando aquele espaço para estabelecer uma relação, para manter silêncios, para perceber o que me queriam dizer, para retribuir perguntas e também ajudar a encontrar respostas	2	estabeleceu-se um espaço em que aquele casal pode demonstrar aqueles sentimento e eu cumpri um dos objectivos que me proponho sempre de forma pessoal, estabelecer uma relação de ajuda com o outro	1	5	Intervenção
3E-16	A D. M. é uma senhora que está grávida e que tem vindo a fazer redução da dose de metadona desde que soube estar grávida.	1	estava muito aliviada por estar a reduzir a dose e por já estar a fazer uma dose baixa/ maior alteração que tinha notado era no sono. Disse-me que se sentia ligeiramente "mais agitada" e que a partir das cinco da manhã não tinha sono, mas que de resto, se sentia muito bem e não notava qualquer diferença em relação a antes/ Sabe, já é a segunda filha. Já tenho uma menina…"/	4	Acho que, apesar de não o ter feito, teria sido importante aqui ter "devolvido" à D. M. alguns dos sentimentos que estavam implícitos no seu discurso, mas que não foram verbalizados	1	naquele momento, optei pelo silêncio	1	Acho que a D.M. tinha mais coisas para contar, para "deitar cá para fora" mas o tempo, ou o próprio local, não o permitiu/ / Da próxima vez que estiver com a D.M. a minha interacção será, sem dúvida, mais personalizada e "directa".	2	5	Comunicação

			estou muito contente por estar a reduzir isto (metadona), porque o que mais quero é poder amamentar a minha filha… infelizmente, com a outra, não pude… o médico, na altura, disse-me que não podia amamentar									
3E-17	Após a preparação da medicação, com a supervisão e acompanhamento da Enf.ª Célia, dirigi-me ao quarto do menino para a administração da mesma	1	assim que sentiu mexerem-lhe na mão, o F. acordou e começou a chorar./ Durante todo o procedimento a criança mostrou-se bastante queixosa e chorosa,	2	Visto que o F. estava a dormir e que a administração de antibioterapia é muitas vezes dolorosa, o que se confirmava no caso desta criança, o ideal seria tentar dar a medicação sem o acordar, informando a mãe do procedimento que se iria realizar/ tendo sido importante a colaboração da mãe e da Enf.ª Célia para segurar e tentar acalmar o F. pois de outra forma não teria sido capaz de administrar a medicação sozinha.	2	a medicação ter sido administrada correctamente	1	não mobilizei as técnicas de comunicação suficientes junto da criança e da mãe, tendo tido um papel passivo nesta área de cuidados./ poderia ter conversado um pouco com a criança e mãe, em momentos anteriores, e assim perceber quais as experiências hospitalares ou de doença que a criança já tenha tido, conhecendo um pouco melhor a sua história e assim facilitar a minha intervenção junto da mesma.	2	5	Temporização
3E-18	estava eu a passar no corredor, quando ouço a senhora pedir ajuda e a afirmar que o feto tinha caído na sanita.	1	Os enfermeiros e as auxiliares corriam de um lado para o outro	1	eu fiquei estática/ Não me conseguia mexer	2		-	Por momentos não percebi, ou não quis acreditar, no que estava a acontecer./	2	4	Compreensão
3E-19	fiquei pela primeira vez responsável por dois meninos do serviço	1	Nos primeiros dias em que esteve no serviço, o H esteve sempre muito choroso e ansioso, revelando medo sempre que alguém se aproximava, além dos pais	1	Sempre que ia ao quarto deles, falava e brincava com o T e tentava ir ganhando a confiança do H	1	aproximei-me mais do H e comecei a perguntar quais os brinquedos que tinha ali em cima da cama. Ele foi respondendo e fomos começando a brincar	1	O ponto mais positivo foi ter conseguido entrar no mundo do H e ter encontrado as melhores estratégias para ele me aceitar e para saber lidar com um pré-escolar / os meus objectivos eram mesmo começar essa etapa de comunicar muito mais com as crianças, de acordo com a sua fase de desenvolvimento e, de	2	5	Focalização

									facto, consegui			
3E-20	Após o primeiro turno com a família em questão, a enfermeira P. A., na passagem de turno, pediu para que eu desse o meu parecer quanto ao «feedback» de sentimentos vivenciados por esta mãe	1	a relação com o seu filho era bastante forte, mas que havia algo dentro dela que não transparecia a realidade dos seus sentimentos, mas pensei que afirmá-lo poderia ser preconceituoso.	1		-	referi que sentia um distanciamento, uma protecção dos seus sentimentos, mas que na realidade precisava de conhecer mais a família para poder apreender melhor a situação	1	compreendi que tinha feito bem em confiar nos meus instintos e, repudiar possíveis preconceitos e confiar também na minha imaturidade como inexperiente na arte de percepcionar «feedbacks» só com a observação	1	4	Compreensão
3E-21	explicámos à menina em que consistia a vacina, tendo ela respondido positivamente a este momento prévio. Questionei se a menina preferia ficar ao meu colo, algo que ela assentiu	1	a menina começou a espernear e contrair os músculos de uma forma que não esperava	1	a contenção que eu lhe aplicava não era suficiente	1	tive de aplicar um pouco mais de força na contenção, embora tentasse transmitir consistência em vez de força/	1	Tentei que, apesar da força, a menina sentisse que os meus braços e pernas não a queriam magoar, mas apenas segurar / talvez o momento de maior "fraqueza" quando a menina chorou tenha sido algo menos positivo.	2	5	Intervenção
3E-22	a enfermeira que iria para os cuidados domiciliários me perguntou se não quereria ir com ela, pois iria realizar o teste de detecção precoce a um recém-nascido	1	Quando chegámos à casa da criança, a enfermeira teve a oportunidade de conversar com os pais e saber como estes estavam a encarar os primeiros dias após a saída da maternidade, observou os parâmetros puerperais da mãe,/ outra dúvida colocada pela mãe tinha a ver com a desinfecção do coto umbilical	1	Quando a enfermeira me pediu o meu parecer relativamente à desinfecção do coto umbilical senti que me estava a ser dada uma oportunidade de valorizar os conhecimentos que venho adquirindo com as aulas e com o trabalho individual	1	A informação que transmiti foi aquela que me foi ensinada e com a qual lidei também na maternidade	1	Penso que a minha intervenção terá sido adequada, no sentido de não menosprezar o trabalho realizado pelos enfermeiros, mas de emitir a minha opinião baseada em factos daquilo que seria o mais adequado	1	5	Comunicação

3E-23	perguntou-nos atenciosamente se nós, estudantes e enfermeira, poderíamos acompanhá-las ao quarto de um menino para ajudá-las a cantar algo de forma a animar aquela criança.	1	esta criança fora submetida a uma cirurgia, e que por esta não ter corrido com o sucesso desejado, o menino acabou por ficar em estado vegetativo	1	fiquei constrangida com a situação com que me deparei, e quando nos foi pedido para cantarmos algo, todos os temas que sei se dissiparam da minha mente e os que vinham não me pareciam de todo apropriados.	1	Após muitas ideias, várias tentativas, e caras envergonhadas começámos então a cantar uma música popular portuguesa, incentivadas pela senhora da equipa do nariz vermelho	1	Creio que esta situação me causou um maior impacto e consequente perturbação, por nunca ter visto alguém tão jovem e inocente numa circunstância semelhante	1	5	Compreensão
3E-24	Os pais do R., contactaram o serviço a meio da manhã, para informarem que se deslocariam ao mesmo, para prestarem os cuidados de higiene ao R.. Após o telefonema, a minha enfermeira orientadora, Enf.ª P., informou-me de que os pais viriam mais tarde e que eu iria ter a oportunidade de os conhecer	1	Esta situação deixou-me um pouco ansiosa, pois tive receio de que, por ser estudante de Enfermagem, os pais não me aceitassem "bem" e que não confiassem em mim para prestar cuidados ao R	1	A Enf.ª P. perguntou-se, então, se, quando os pais chegassem, eu gostaria de os orientar nos cuidados de higiene ao R. ou se preferia que fosse ela a fazê-lo. Eu respondi-lhe, timidamente, que preferia que fosse ela.	1		-	Talvez, me tivesse ajudado conversar com a enfermeira sobre isso, talvez me fizesse perder o "medo" e ganhar confiança para tomar iniciativa./ Penso que ainda tenho de desenvolver esta relação com a família e tentar aprofundar a interacção com os pais.	2	4	Intervenção
3E-25	a recém-nascida foi observada pela Pediatra, sendo que esta detectou uma bradicardia na criança e considerou adequado transferi-la para o serviço de Prematuros, de modo a possibilitar a monitorização da bebé. Com esta situação houve uma súbita mudança no estado emocional da mãe	1	aquela mãe que, até ao momento, sempre tinha visto com um sorriso na cara e ali, naquela situação, não conseguia evitar que as lágrimas lhe caíssem dos olhos.	1	decidi não enfocar a minha intervenção na explicação do possível problema cardíaco da bebé, enfocando sim na parte mais relacional	1	dirigi-me à senhora dizendo que estava ali disponível para o que fosse preciso	1	Com esta minha intervenção, senti algum receio de não ser suficiente, de não ser o que a mãe queria ouvir/	1	5	Focalização
3E-26	a jovem encontrava-se particularmente reticente face às solicitações dos enfermeiros e funcionários, pelo que se recusou inicialmente a dar o habitual passeio da manhã no recinto do hospital e a juntar-se aos colegas para almoçar,	1	Aquando do passeio à rua, disse à S. que viesse connosco (eu, uma enfermeira, a auxiliar e as restantes crianças) para se distrair e apanhar ar, contudo a jovem limitava-se a dizer que não queria ir/ Fui chamar a S. à sala dos computadores para que viesse almoçar e	2	Perante esta situação fiquei novamente sem saber o que fazer, como reagir às investidas da jovem, como convencê-la a ir almoçar.	1	Perguntei-lhe a razão de ela não querer vir, se não gostava do almoço, se não tinha fome. Disse que era importante que ela almoçasse para que depois não se sentisse fraca a realizar as actividades do período da tarde e que depois de almoçar poderia voltar mais um pouco para o computador e continuar	1	tive consciência de que não tenho ainda capacidade para lidar com estas situações/ Talvez me tenha faltado um pouco mais de persistência, sinto que poderia ter feito mais do que fiz / sinto que em determinados momentos desisti daquela jovem e	3	5	Compreensão

			esta recusou-se, chegando inclusive a insurgir-se contra mim				o que estava a fazer		que em momento algum seria essa a atitude de um enfermeiro			
3E-27	O Sr.P apresenta-se também e refere "Olá eu sou o P. e sou esquizofrénico"(sic),	1	"qualquer dia à pala deste rótulo de esquizofrénico, já nem posso sequer conduzir! Isto de ser rotulado de esquizofrénico é complicado…"	1	senti dificuldade de como lhe poderia responder para que o tornasse mais claro em relação à adaptação face à sua doença não gerando uma situação de conflito, e esclarecendo sobretudo a importância de cumprimento do seu tratamento	1	Nesta altura fiquei em silêncio	1	Tinha-me sentido surpreendido pela sua frontalidade e pseudo-intelectualidade de como questionava as suas dúvidas e de algum modo, senti-me impotente na utilização de respostas eficazes, fundamentais para o seu esclarecimento	1	5	Comunicação
3E-28	uma mãe que acompanhava a sua filha adolescente, devido uma fractura exposta do membro superior.	1	A mãe, sempre presente, manifestava-se a quando da prestação de cuidados à sua filha, preocupando-se com inúmeros factores estivessem eles envolvidos ou não na prestação de cuidados	1	Senti que poderia também cuidar da mãe, ajudando-a a definir e decidir as intervenções nas quais podia estar envolvida/ O bem-estar tanto da adolescente como da mãe foram determinantes para a minha decisão de proporcionar uma participação activa da mãe	2	Propôs a sua intervenção na prestação de cuidados de higiene e conforto tendo sido bem aceite por ambas, ao que eu prontamente preparei o material necessário, orientando as tarefas de forma a facilitar a intervenção	1	As minhas acções relativamente a esta situação, na minha opinião, foram benéficas, tendo fortalecido os vínculos familiares proporcionando uma aproximação entre mãe e filha num momento de maior intimidade, através da cedência de autonomia na prestação de cuidados de higiene à filha	1	5	Temporização
3E-29	Ao tentar ouvir os fetos um deles não se conseguiu encontrar, tudo começou com muita descontracção "Este é sempre assim, está sempre escondido!" sic, mas com o passar do tempo foi visível a preocupação da grávida e mesmo algumas lágrimas contidas por preocupação	1	A enfermeira em questão defendia que a A.B.C.F. não deveria ser feita de forma indiscriminada, mas sim com um objectivo bem definido e em situações que realmente o justificassem/ Em casos como o que acabei de descrever, não se deveria ouvir todos os turnos, pois quanto mais vezes se faz mais momentos de	2	Depois de reflectir sobre este assunto cheguei a conclusão de que se trata não tanto de uma questão sobre se é ou não benéfico que se ouçam os batimentos mais é mais uma questão de descansar as grávidas e profissionais de saúde	1		-	No que diz respeito à minha intervenção não posso mudar muito a minha atitude, pois não é minha a decisão de realizar ou não a A.B.C.F.	1	4	Compreensão

			ansiedade para a grávida se proporcionam.									
3E-30	Devido à impossibilidade de a Enf.ª M.ª Helena poder estar presente desde o inicio da consulta (…) comecei sozinha a realizar a consulta à Sra. C. L., de 45 anos, que se dirigiu ao centro de saúde para uma consulta de vigilância de saúde sexual e reprodutiva	1	tendo percebido que fuma cerca de 20 cigarros por dia	1	Depois de me ter apresentado à utente e de a ter questionado relativamente ao motivo da consulta, avaliei o seu peso e a sua tensão arterial, tendo confirmado junto da mesma o método contraceptivo que se encontrava a fazer, a pílula	1	alertei para os perigos e complicações que o tabagismo pode trazer, principalmente associado à toma de contracepção oral e à idade relativamente próxima do inicio da menopausa./ Fiz também ensinos no âmbito do auto-exame da mama e da colpocitologia	1	Deveria ter feito um ensino mais aprofundado relativamente à contracepção oral, percebendo inicialmente os conhecimentos da Sra. C. L. e transmitindo os conhecimentos que achasse essenciais para a promoção da saúde da utente	1	5	Comunicação
3E-31	após regressar do Bloco Operatório, este menino mostrou-se bastante agressivo e ansioso perante os enfermeiros do serviço.	1	as reacções do D. às intervenções de enfermagem foram de choro, medo, fuga e violência, como tentativa de afastar o motivo/ Tudo piorou, a certa altura, quando, ao colo da mãe, nos apercebemos de que o cateter venoso que trazia na mão esquerda, não estava permeável de sofrimento	2	Apenas podemos (e foi o que fizemos) informar sobre os riscos e benefícios, explicar algumas estratégias que podem utilizar, orientar ou fazer, se for desejado, pelos pais.	1	eu e a enfermeira segurávamos no seu braço e fazíamos de tudo para resolver o problema no menor tempo possível	1	Mais do que adaptar a nossa intervenção às características de crescimento e desenvolvimento da criança, temos que o fazer em função da dinâmica familiar e suas particularidades	1	5	Intervenção
3E-32	foi aí que tive a certeza de que a O. não sabia o que lhe ia ser feito. Começou a chorar e a gritar.	1	Os dentes e as sobrancelhas estavam cerrados, olhos fechados, pernas encolhidas numa tentativa ocasional de nos pontapear, músculos rígidos e movimentos bruscos dos membros superiores, tentando libertar-se e afastar o estímulo na origem da	2	Houve uma tentativa inicial de a distrair, mesmo após início da colheita, sem sucesso.	1	durante o procedimento, sentimos a necessidade de a conter fisicamente.	1	Por mais que, ao assistir à situação me tenha apercebido que, naquele momento, não havia outra solução senão a contenção física da O., a verdade é que o procedimento poderia ter decorrido de outra forma se a menina tivesse sido preparada	1	5	Intervenção

			dor. / A surpresa pelo que lhe estava a ser feito, provavelmente, acentuou esta sensação.									
3E-33	percebi pelo não verbal e mais tarde pelo seu verbal que a criança demonstrava alguns sinais de ansiedade decorrentes deste processo.	1	ficamos a saber que esta já era a terceira tentativa pela qual a R. ia passar para fazer uma intervenção cirúrgica, ou seja, a R. já tinha sido hospitalizada anteriormente e a experiências pelas quais passou não foram as melhores, principalmente no que se refere a Ansiedade\Stress pela qual passou para realizar a intervenção cirúrgica	1	Por pensar que de algum modo poderia reduzir ansiedade e algum receio, tanto da R. como da sua mãe, referi que iria acompanhar todo o processo desde esta consulta até ao pós-operatório e que se entretanto surgissem duvidas ou precisassem de algum esclarecimento eu estaria disponível e que no dia seguinte estaria a sua espera para as receber.	1	tentamos perceber quais as dúvidas que a R. e a mãe tinham em relação a cirurgia e perceber as experiências traumatizantes pelas quais tinha passado nas hospitalizações anteriores	1	Gostaria de ter estado mais preparada para receber a R. e a sua mãe na consulta e de ter percebido melhor as emoções pelas quais a R. e a mãe estavam a passar, porque por experiência própria sei que as hospitalizações em criança, podem e são causadoras de stress e gostaria de ter estado mais a altura para responder a este processo pelo qual a R e a sua família vão passar	1	5	Compreensão
3E-34	antes de entrar na sala de tratamentos a criança começa a demonstrar sinais de grande ansiedade e nervosismo, agarrando – se fortemente à sua mãe	1	Já lhe haviam explicado o procedimento eu ia realizar anteriormente, (…) mas apesar de a explicação ter sido feita de um modo que ele entende-se, os sinais de ansiedade e também algum medo eram cada vez maiores, estando repetidamente a dizer que o procedimento ia doer que ele não queria estar ali./ A enfermeira tentou acalmar a criança explicando novamente o procedimento, mas mesmo assim os níveis de ansiedade da criança não diminuíram, mesmo depois de lhe ter sido pedido que	1	ter estado só numa situação de observação	1		-	percebi que numa situação idêntica, a minha prestação como agente de cuidados, poderia não ser a mais adequada à situação, visto que a reacção, ou seja o comportamento desta criança, "fugiu" de alguma maneira, às características	1	4	Intervenção

			relaxasse, através de exercícios respiratórios									
3E-35	realizar uma sessão no dia 26 de Junho, que neste caso dizia respeito à "Técnica de Resolução de Problemas", com utilização de metodologias activas como por exemplo a formulação de um problema.	1	senhoras internadas interessadas na resolução do problema mas que no quotidiano (aparentemente) apresentavam uma elevada dificuldade em resolver os seus próprios problemas / senhoras cuja atenção se apresentava (aparentemente) alterada com bastante interesse e proveito na assimilação de conteúdos	2	convite para serem não só objectos como sujeitos e parceiros na construção da sessão	1	A sessão, contando com quase a totalidade das senhoras internadas no serviço, aumentou a minha responsabilidade e preocupação face ao outro e face aos cuidados de enfermagem	1	poderia ter estado mais preparado para o que foi uma evidência: embora as pessoas internadas na unidade estivessem a vivenciar alterações na sua saúde mental, mantém sempre mecanismos adaptativos, competências e qualidades infindáveis e surpreendentes/ penso que poderia ter potenciado o estímulo cognitivo de uma forma mais individualizada e constante com cada senhora com quem mantive um contacto terapêutico utilizando nomadamente a própria alta não como um problema mas um objectivo de cumprimento de um projecto de saúde em construção.	2	5	Comunicação
3E-36	tive oportunidade de fazer ensino a uma mãe sobre a introdução de novos alimentos na alimentação da sua filha.	1	a criança tinha quatro meses de idade e a sua alimentação era feita de leite materno e leite industrial	1	validei com a Enfermeira a necessidade de introduzir novos alimentos na alimentação da criança/	1	comecei por perguntar quais os conhecimentos que a senhora tinha em relação à confecção de alimentos(…) ao transmitir a informação fi-lo de um modo calmo e utilizando uma linguagem acessível para a mãe, dando tempo a esta para fazer algumas questões; ao acabar de transmitir a informação sobre um alimento e antes de iniciar o outro perguntei sempre à mãe se tinha alguma dúvida; ao	1	considero que de um modo geral procedi correctamente e que a senhora aprendeu as informações essenciais tendo no final referido que não tinha nenhuma dúvida	1	5	Comunicação

							transmitir a informação fui mostrando onde esta estava escrita no folheto e sublinhando os aspectos essenciais, de modo a ser mais fácil para a mãe recordar-se, utilizando a memória visual; fui observando o comportamento da mãe, nomeadamente a sua comunicação não verbal de modo a perceber a congruência entre o verbal e o não verbal e tentar perceber se a senhora estava realmente a compreender a informação que lhe estava a transmitir					
3E-37	Ao regressar do BO, o H. demonstrava sinais de ansiedade e algum medo que manifestava através do choro e já na sua unidade perguntava o porque de não conseguir urinar, visto sentir vontade e por referir dor no pénis	1	percebi que era algo mais, algo relacionado com a sua própria sexualidade associado a um medo de castração, resultante da cirurgia a que tinha sido submetido.	1	Se houvesse a possibilidade de na altura, ter mostrado ao H. os seus genitais, para este verificar que estava tudo bem, era o que talvez devia ter sido feito.	1	tentamos de algum modo minimizar esta ansiedade e medo do H. retirando a fralda e referindo que se mantinha tudo bem e que era normal nos primeiros dias realizar a drenagem vesical, explicando no que consiste	1	a minha intervenção nos cuidados do pós – operatório penso que devo tentar personalizar mais principalmente no que diz respeito à criança,	1	5	Compreensão
Total de unidades de registo	**37**		**54**		**41**		**36**		**61**			

Grelha de Análise da Categoria **Etapas do Processo da Tomada de Decisão** (King, 1984) e **Tipo de Tomada de Decisão** (Thompson & Staply, 2011) nos Diários de Aprendizagem/Notas de Campo dos Estudantes do quarto ano

Diário Aprendizagem Quarto ano	Etapas do Processo da Tomada de Decisão											Tipo de Tomada de Decisão
	Identificação do problema	Unidades registo	Análise dos dados obtidos	Unidades registo	Selecção da melhor alternativa	Unidades registo	Plano de acção	Unidades registo	Avaliação	Unidades registo	**Total Etapas**	
4E-1	À medida que ia realizando os ensinos, o senhor começou progressivamente a demonstrar-se ansioso	1	Quando comecei a abordar a questão da terapêutica anticoagulante, o senhor começou a sentir-se tonto e a apresentar-se pálido	1	procurei validar a informação que ia fornecendo e incentivar o utente a colocar dúvidas./	1	Eu tentei então explicar-lhe que todos os temas que eu estava a abordar, se encontravam escritos na documentação que eu lhe tinha entregue e visto que a sua esposa estava também a ouvir os ensinos, ela poderia ajudá-lo a lembrar-se dos cuidados que teria de adoptar no regresso a casa Após terminar os ensinos, voltei a dar espaço ao utente e à sua esposa para colocarem dúvidas e reforcei que nos documentos que lhes tinha entregue, se encontrava o telefone da enfermaria e da consulta de enfermagem, do qual poderiam sempre dispôr caso precisassem de colocar alguma questão	2	apesar de ter assegurado os princípios de actuação (…) e de o tentar realizar de forma clara e apropriada, o utente se sentiu "bombardeado" com informação e por essa razão começou a achar que não era capaz de memorizar os cuidados a adoptar no regresso a casa./ fez-me ver que é essencial que os ensinos para a alta sejam realizados de forma gradual e faseada no tempo	2	5	Comunicação
4E-2	Ao apercebermo-nos que estavam presentes alguns dos possíveis participantes, dirigimo-nos ao encontro do pai que estava à mais tempo no serviço.	1	A aproximação do momento do banho pareceu ter sido um elemento motivador, visto que foi possível identificar um crescente entusiasmo manifestado pela sua agitação motora (tendo arregaçado as mangas da camisa e dizendo	2	Validámos com o pai a preparação da água do banho à temperatura ideal e a lavagem dos olhos com soro fisiológico e indagámos sobre eventuais aspectos que merecessem ser melhor clarificados.	1	Foram-lhe explicados todos os procedimentos a realizar e encaminhámo-nos para o local onde iríamos fornecer orientações sobre o banho, a mudança da fralda e a massagem de conforto ao recém-nascido,	1	Foi notória a preocupação do pai em realizar correctamente os cuidados de acordo com os princípios inerentes à técnica do banho que previamente tinham sido veiculados e demonstrados por nós, descurando por vezes a interacção com a bebé/	2	5	Comunicação

			"vamos lá a isso"/ No decorrer das orientações, foi notável o seu interesse ao validar aquilo que lhe era transmitido, o que mais uma vez associamos ao seu interesse pelo assunto						Contudo, o P2 não deixou de comunicar com a bebé, tendo-a estimulado através do toque, mantendo contacto face a face enquanto falava e sorria para a mesma			
4E-3	As maiores dificuldades que senti não foi em transmitir a mensagem, até porque estas pessoas ouvem e percebem bem o que lhes estamos a dizer. O principal problema é em conseguir decifrar o que eles querem transmitir.	1	apercebi-me que basta a simples aproximação para que a Inês altere o seu comportamento./	1	acabo por chamar a enfermeira para descodificar a mensagem. Isto acabou por ser uma alternativa que utilizei quando era incapaz de comunicar. A linguagem gestual acabou por ser outra alternativa que utilizei para tentar perceber o António tentado reproduzir o que ele me transmitia. a emissão de som mesmo que mínimo durante a comunicação acaba por ser um factor facilitador da mesma, porque ajuda o receptor a descodificar a mensagem. Aliado ao som, o movimento dos lábios é um factor igualmente facilitador para entendermos o que a pessoa está a comunicar	3	Durante a comunicação com a Cristina tenho a necessidade de olhar para os seus lábios tentando perceber melhor o que me está a dizer, contudo, não sou capaz de estar a executar outra tarefa ao mesmo tempo incorrendo no risco de não perceber o que ela me está a transmitir A comunicação com o António torna-se uma tarefa mais difícil do que com a Cristina, uma vez que não emite qualquer som, somos obrigados a ler nos seus lábios ou então ir soletrando as letras até que ele pisque os olhos dizendo que é aquela letra.	2	É visível que no final do turno já temos mais facilidade em comunicar com estas pessoas, o que nos leva a querer que o facto da presença continuada facilita a comunicação pois permite o treino e o conhecimento das várias estratégias utilizadas para cada um deles.	1	5	Comunicação
4E-4	Nesse dia tinham ficado a meu cargo cinco utentes. Destes, dois iriam ter alta e um iria nessa manhã ser transferido dos Cuidados Intermédios para a Enfermaria.	1	Por volta da hora do almoço comecei a aperceber-me que tinha imensas coisas ainda por fazer: preparar as altas, receber o utente dos intermédios, escrever as notas de enfermagem, administrar a medicação…	1	Contei com a ajuda da enfermeira orientadora para conseguir fazer tudo a tempo.	1	não tinha acompanhado e cuidado de todos os utentes com a mesma atenção e disponibilidade.	1	penso que terei de organizar melhor o meu trabalho, priorizando e antevendo as intervenções por mim implementadas, de forma a rentabilizar o tempo e a conseguir prestar cuidados personalizados a todos os utentes a meu cargo	1	5	Temporização

4E-5	fizeram-me questionar, não tanto a forma como a informação da alta hospitalar estava a ser transmitida, mas mais a forma como esta estava a ser percepcionada pelos utentes.	1	redigiam erradamente o esquema terapêutico, nomeadamente a medicação hipocoagulante, ou que não haviam procurado acompanhamento do cardiologista de referência bem como do médico assistente/ apesar de bem transmitida, a informação dada não será efectivamente muito vasta.	2	alguma pesquisa, associada a um período de reflexão	1	Ao reflectir sobre o sucedido	1	a minha actuação futura passa por reconhecer o grau de dependência do utente e, no momento concreto da alta, englobar na minha actuação, como futura enfermeira, orientação e supervisão transmitindo informação adequada ao utente, e acompanhar este processo introduzindo as correcções necessárias	1	5	Compreensão
4E-6	Eu não me apercebi do erro, e se a enfermeira orientadora não estivesse ali exactamente ao meu lado naquele instante?	1	Sinto-me pouco preparada, faltam-me mais conhecimentos e sobretudo experiência que me permitam despistar erros como este.	1		-	Na reflexão sobre estas questões fui ao encontro dos diferentes documentos orientadores da prática de enfermagem	1	entendo que a minha maior lacuna é a falta de experiência de forma a despistar atempadamente situações de risco. Responsabilidade esta, que irei assumir ao ser Enfermeira e competência que terei que desenvolver com a experiência.	1	4	Compreensão
4E-7	havia um pai que podia ser incluído na nossa amostra, tendo em conta os critérios de selecção da mesma.	1	Este pai tinha 29 anos de idade, era o seu primeiro filho bem como da sua companheira. Trabalha como técnico de caixa tendo como habilitações literárias o 10º ano de escolaridade. Esta gravidez foi planeada e desejada por ambos os elementos do casal	1	tendo em conta o horário das visitas e a necessidade de se revezarem entre si (o marido e as restantes visitas uma vez que só é possível a presença de duas visitas por puérpera em simultâneo) e também o horário das mamadas da RN pelo que combinámos que o banho seria dado por volta das 17h.	1	Tendo em conta as condições físicas da puérpera e também o facto de haver, no momento combinado para o banho, várias visitas no quarto optámos por levar a cabo a nossa intervenção no berçário do serviço	1	Ao longo do banho e até estar completamente vestida a R.N. chorou e o pai foi sempre comunicando com ela procurando acalmá-la:	1	5	Temporização
4E-8	ao ver que a fralda não estava molhada disse.- Não está Dª C. Não sente vontade de urinar? Bebeu água?	1	o abdómen estava distendido foi um pouco difícil de palpar algum globo vesical/ -eu não consigo fazer xixi e sinto-me um pouco inchada.	2	fui chamar o enfermeiro orientador para verificar se a Dª C. estava a reter urina.	1	Fui ter com o enfermeiro e expliquei a situação	1	após a observação do enfermeiro e deste ter tentado ajudar a doente a urinar (…) sem efeito, optou-se por realizar um esvaziamento vesical.	1	5	Comunicação

4E-9	Quando o Sr. I. sentiu maior afluência de passos, despertou. Despertou com um discurso confuso, referindo "Tirem-me isto daqui!" (sic)	1	ter estado febril nos últimos 3 turnos, apresentando-se apirético nesse momento/ Acessos de tosse produtiva fazem com que o Sr. I. acorde várias vezes durante a noite.	1	Ainda hesitei realizar esta avaliação porque o Sr. I já aparentava um sono superficial mas este cuidado era necessário,	1	Este facto levou-me a dirigir-me ao Sr. fazendo esta avaliação tentando não o acordar.	1	o Sr. não acordou e fiquei mais tranquila por não ter provocado o despertar, Até à passagem de turno permaneceu mais adormecido,/ No final deste turno senti que fiz o possível para manter o sono do Sr. I..	3	5	Intervenção
4E-10	estávamos na sala de consultas de enfermagem com uma das enfermeiras do Hospital de Dia de Infecciologia (Enfª C.M.). Entrou, então, de rompante no gabinete de enfermagem, a Dª I.S. aparentemente desesperada.	1	A utente começou a lacrimejar e começou a falar rapidamente, permanecendo durante toda a consulta de pé Dirigiu o seu discurso para a enfermeira que estava presente uma vez que é a pessoa de referência nas consultas de enfermagem e do hospital de dia.	1		-	"A Enfª C. vai falar com o médico e assim poderá fazer uma ecografia para esclarecer o que se passa nesse braço. Entretanto, continua a tomar os comprimidos que lhe prescreveram nas urgências que, pelo menos, dão um pequeno alívio da dor".	1	A utente começou a ficar mais calma, parando de lacrimejar e tendo um discurso mais calmo A Dª I. saiu do consultório calmamente	2	4	Compreensão
Total de unidades de registo	**10**		**13**		**10**		**12**		**15**			

ANEXOS

Anexo I – Autorização da realização do estudo

Autorizado
A Presidente da ESEL
Maria Filomena Mendes Gaspar
13/4/10

Ex.ma Sr.ª Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Assunto: pedido de autorização para a realização de um estudo na ESEL, no âmbito do programa de doutoramento.

Maria de Fátima Mendes Marques, professora adjunta desta Escola encontro-me a desenvolver o programa de doutoramento em Educação, na Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologia, em Lisboa. O título do meu estudo denomina-se *"A Universitarização do Ensino de Enfermagem"* e tem como objectivo identificar e caracterizar, as mudanças que o ensino superior de enfermagem desencadeou na autonomia da profissão de enfermagem, compreendendo de que forma a tomada de decisão foi desenvolvida ao longo do processo formativo dos estudantes.

Para uma melhor interpretação dos significados atribuídos pelos docentes na adequação do currículo a uma nova cultura no exercício de enfermagem, solicito autorização para a aplicação de algumas técnicas de pesquisa na Vossa Instituição, quer através de entrevistas a alguns elementos da equipa docente, quer através da análise do Plano de Estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem, de documentos produzidos na orientação dos estudantes e de outros, como complemento das informações recolhidas.

Certa de que a colaboração da ESEL e dos seus docentes será um contributo da maior relevância para o estudo e comprometo-me a dar conta dos seus resultados à comunidade da Escola, fico a aguardar uma resposta.

Com melhores cumprimentos,

Caldas da Rainha, 7 de Abril de 2010

Maria de Fátima Mendes Marques

(Maria de Fátima Mendes Marques)

Autorizado
10/06/18

Ex.ma Sr.ª Presidente da Escola Superior
de Enfermagem de Lisboa
Professora Doutora Maria Filomena Mendes Gaspar

Assunto: pedido de autorização para inclusão dos estudantes no estudo a realizar na ESEL, no âmbito do programa de doutoramento.

Maria de Fátima Mendes Marques, professora adjunta desta Escola com permissão para realizar um estudo na ESEL, no âmbito do programa de doutoramento sobre *"A Universitarização do Ensino de Enfermagem"* compreendendo de que forma a tomada de decisão foi desenvolvida ao longo do processo formativo dos estudantes, vem por este meio solicitar autorização para alargar a aplicação de algumas técnicas de pesquisa na Vossa Instituição aos estudantes dos 3º e 4ºano, como complemento das informações recolhidas.

Com melhores cumprimentos,

Caldas da Rainha, 14 de Junho de 2010

Maria de Fátima Mendes Marques

(Maria de Fátima Mendes Marques)

Avaliação e autorização para implementar o protocolo/projecto de investigação – Fátima Marques

Os critérios abaixo referidos permitem avaliar os pedidos de autorização para implementar o protocolo de investigação.

O pedido de autorização de fornecer informação cuidada e precisa sobre a proposta de investigação:

1. Investigadores ou responsáveis pela investigação - **presente**
2. Nome da instituição a que os investigadores pertencem- **presente**
3. Tema da investigação- **presente**
4. O que a investigação se propõe estudar- **presente**
5. Objectivos da investigação- **presente**
6. Defende a utilidade do estudo, fazendo alusão à importância social e académica da investigação (justificação) - **presente**
7. Participantes do estudo- **presente**
8. Garantia da observância dos aspectos éticos (participação voluntária, confidencialidade dos dados, integridade dos participantes) e originalidade do trabalho (impedir plágio) **não apresenta**
9. Garantia de acesso aos resultados e conclusões da investigação- **presente**
10. Protocolo de investigação **não apresenta**
11. Instrumento de recolha de dados- **presente**

Parecer do Departamento de Investigação em Enfermagem

O pedido de autorização da investigação apresenta toda a pertinência para ser implementado nesta instituição. Contudo, solicitamos a garantia da observância dos aspectos éticos e originalidade do trabalho (participação voluntária, confidencialidade dos dados, integridade dos participantes) assim como projecto/protocolo de investigação. Após a entrega do projecto/protocolo de investigação terá condições para se dar inicio à investigação.

1 de Junho de 2010

Luís Sousa e Catarina Mendes

Re: Pedido de autorização para a realização de um estudo na USF Rainha D. Leonor, no âmbito do programa de doutoramento

ACES Oeste Norte UAG [uag.oestenorte@gmail.com]

Respondida em 06-06-2010 14:18.

Enviado: sexta-feira, 4 de Junho de 2010 18:46

Para: Maria de Fatima Mendes Marques

Cc: Enfermeira Lucia Mota [luciamota.on@gmail.com]

Exma. Sra. Professora Maria de Fátima Mendes Marques

De acordo com o despacho da Sra. Enfermeira Lúcia Mota, Vogal do Conselho Clínico do ACES Oeste Norte, vimos informar que foi autorizada a realização do estudo,conforme solicitado, ficando ressalvado que a participação das Sras. Enfermeiras é voluntária.

Mais informamos que após finalização do mesmo deve ser dado conhecimento do resultado final à Directora Executiva deste ACES.
Atenciosamente,
Purificação Cardoso

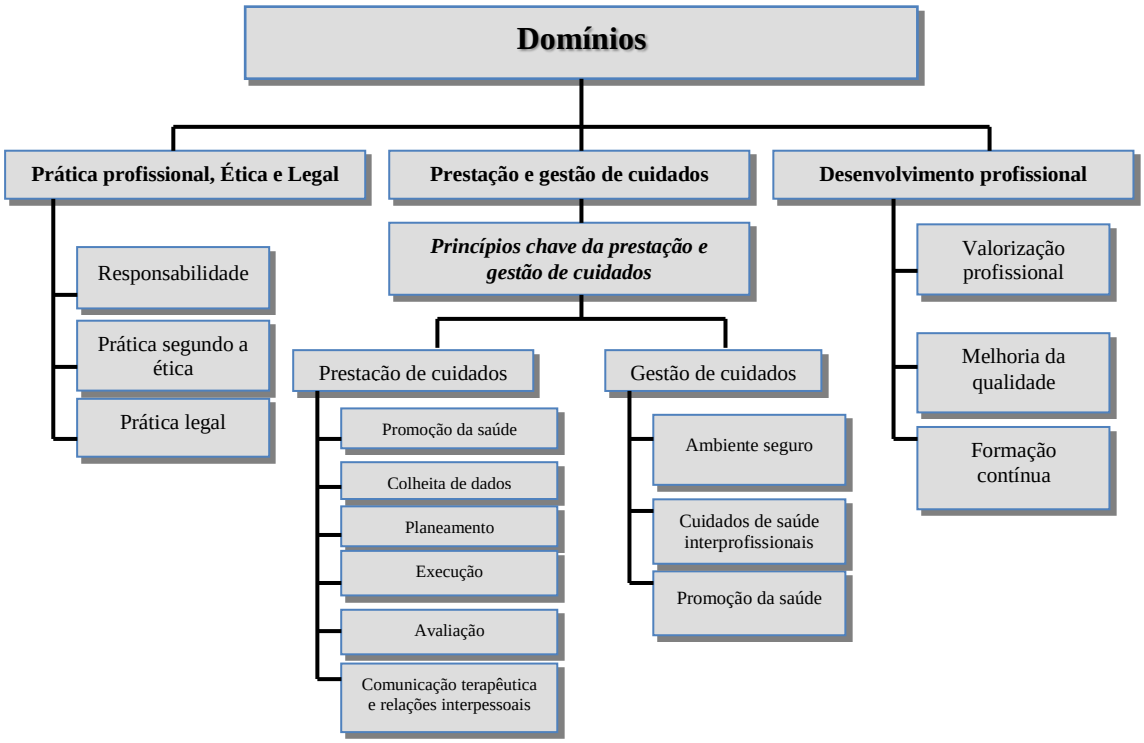
(Secretariado da UAG Oeste Norte
Tel: 262 870 387; Fax: 262 870 381
R.Centro Saúde, 2500-241 Caldas da Rainha)

---------- Forwarded message ----------
From: **Maria de Fatima Mendes Marques** <fmarques@esel.pt>
Date: 2010/5/26
Subject: Pedido de autorização para a realização de um estudo na USF Rainha D. Leonor, no âmbito do programa de doutoramento
To: "teresa.luciano@gmail.com" <teresa.luciano@gmail.com>

Ex.ma Doutora Teresa Luciano
Chamo-me Maria de Fátima Mendes Marques, sou professora adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e encontro-me a desenvolver o programa de doutoramento em Educação, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, sob a orientação do Prof. Doutor António Teodoro. O meu estudo designa-se "A universitarização do Ensino de Enfermagem" e tem como objectivo identificar e caracterizar as mudanças que o ensino superior de enfermagem desencadeou na autonomia da profissão de enfermagem, compreendendo de que forma a tomada de decisão influenciou a preparação adequada às exigências do desempenho dos profissionais de enfermagem.
A equipa de enfermagem da Unidade de Saúde Familiar Rainha D. Leonor participou na formação de estudantes de enfermagem da ESEL, motivo pelo qual gostaria de aplicar algumas técnicas de pesquisa na Vossa Instituição, quer através de entrevistas a alguns elementos da equipa de enfermagem dessa unidade, quer através de análise de documentos produzidos na orientação dos estudantes, razãorazão pela qual venho por este meio solicitar autorização para a realização deste estudo.
Grata pela atenção dispensada
Fico a aguardar a vossa resposta

Com os melhores cumprimentos
Maria de Fátima Mendes Marques

Anexo II – Domínios e Sub-domínios das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definidos pela Ordem dos Enfermeiros



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2003, p. 13-14).

Anexo III – Plano de Estudo do Curso de Licenciatura em Enfermagem

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

PROCESSO DE REGISTO DE ADEQUAÇÃO DO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

RELATÓRIO A QUE SE REFERE O Nº 2 DO ARTIGO 63º DO DECRETO-LEI nº 74/2006 de 24 DE MARÇO SOBRE GRAUS E DIPLOMAS DO ENSINO SUPERIOR E DE ACORDO COM AS NORMAS TÉCNICAS DA DGES

Lisboa, 21 de Janeiro de 2008

Presidente do Conselho Científico

Presidente do Conselho Pedagógico

SUMÁRIO

	Pag.
PREÂMBULO ……..	3
A – OBJECTO DE ADEQUAÇÃO ……	4
B – ESTRUTURA CURRICULAR E PLANO DE ESTUDOS ……..	4 - 5
C – OBJECTIVOS DO CICLO DE ESTUDOS ……..	5 - 6
D – FUNDAMENTAÇÃO DO NÚMERO DE CRÉDITOS …….	6 – 7
E – FUNDAMENTAÇÃO DO NÚMERO TOTAL DE CRÉDITOS ……...	7
F – ADEQUAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO CICLO DE ESTUDOS E METODOLOGIAS DE ENSINO …….	8 - 11
G – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A ORGANIZAÇÃO DO CICLO DE ESTUDOS E AS DE CURSOS DE REFERÊNCIA NO ESPAÇO EUROPEU ……	11 - 12
H – INCORPORAÇÃO DOS RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA NA OR-GANIZAÇÃO DO CICLO DE ESTUDOS ……..……	13
Anexo I – FORMULÁRIO ……...	15 – 16
Anexo II – PLANO DE ESTUDOS ……	17 – 26
Anexo III – FINALIDADES DAS UNIDADES CURRICULARES …….	27 – 30

PREÂMBULO

O plano de estudos que aqui se apresenta resulta do trabalho conjunto dos docentes e estudantes das 4 Escolas Superiores de Enfermagem públicas de Lisboa que se agruparam para constituírem uma escola única designada por Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Tendo em vista a concretização dos objectivos do Processo de Bolonha, esta Escola desenvolveu muito do trabalho necessário para a adopção do novo modelo de formação ao longo do processo de fusão das escolas e no quadro dos princípios reguladores aprovados pelo Decreto-Lei n.º 42/2005, de 22 de Fevereiro e das normas técnicas para a apresentação das estruturas curriculares e dos planos de estudos dos cursos superiores e sua publicação, aprovadas pelo Despacho n.º 10 543/2005 (2.ª série), publicado no Diário da República n.º 91, de 11 de Maio de 2005

Assim, de acordo com a publicação do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, pretende-se efectuar o pedido de registo de adequação do curso de licenciatura em Enfermagem para a entrada em funcionamento no ano lectivo de 2008/2009, conforme o previsto no n.º 1 do artigo 82.º do mesmo diploma legal.

Para tanto, adequa-se a formação ao novo paradigma, visando a reorganização do ciclo de estudos em funcionamento de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo citado Decreto-Lei, nomeadamente nas várias alíneas do n.º 2 do seu artigo 61º.

A – OBJECTO DE ADEQUAÇÃO

O ciclo de estudos em funcionamento que é objecto de adequação é o Curso de Licenciatura em Enfermagem, aprovado pelas Portarias nº 432/2000, de 17 de Julho respeitante à antiga Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian de Lisboa, pela Portaria nº 448/2000 de 18 de Julho, respeitante à antiga Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, pela Portaria n.º 431/2000, de 17 de Julho, respeitante à antiga Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil e ainda pela Portaria n.º 832/2000 de 22 de Setembro respeitante à antiga Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara que vigorou até à actualidade em cada uma das referidas escolas.
O plano de Estudos que agora se propõe resulta da adequação dos quatro planos que se agregam neste que aqui se apresenta já concebido com base nos pressupostos definidos pelo Processo de Bolonha.

B – ESTRUTURA CURRICULAR E PLANO DE ESTUDOS

A estrutura curricular, apresentada nos termos das normas técnicas aprovadas pelo despacho nº 10543/2005 (2ª série), de 11 de Maio encontra-se no Anexo I. As Unidades Curriculares são semestrais, caracterizando-se de acordo com o estatuto de inscrição obrigatória e de opção.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) constitui o 1º ciclo de formação em Enfermagem. Destina-se a formar enfermeiros generalistas e confere o grau de Licenciado em Enfermagem.

Para a obtenção desse grau o Curso tem um total de 240 ECTS distribuídos igualmente por cada semestre. Tomando como referência que 1 ECTS equivale a 27 horas de trabalho do estudante, 30 ECTS por semestre corresponderão a 810 horas, perfazendo um total de 6480 horas.

O Curso tem a duração de 4 anos lectivos, organizados em 8 semestres curriculares. Cada ano curricular é constituído por 40 semanas lectivas anuais, sendo a carga horária semanal de 40 horas.

O número de horas de contacto (HC) do estudante nas Unidades Curriculares teóricas e teórico-práticas situa-se entre um mínimo de 40% e um máximo de 60% e nas Unidades Curriculares de Ensino Clínico situa-se entre um mínimo de 60% e um máximo de 75%, em relação ao total de horas de cada UC.

O Plano de Estudos e as finalidades das Unidades Curriculares encontram-se nos Anexos 2 e 3.

C – OBJECTIVOS DO CICLO DE ESTUDOS

O primeiro ciclo de estudos tem como objectivos preparar o estudante para corresponder a um perfil de competências de um enfermeiro de cuidados gerais, que resulta de uma formação humanista que considera aspectos culturais, científicos, técnicos, éticos, estéticos e profissionais. Este enfermeiro é um profissional de saúde europeu, que age com autonomia e inovação, com responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e que utiliza o julgamento profissional no sentido da manutenção e desenvolvimento do bem-estar das pessoas, famílias, grupos e comunidades.

Ao longo dos anos curriculares a aprendizagem desenvolve-se:

- No 1º ano, visando a apropriação de conteúdos fundamentais de enfermagem. Pretende-se que o estudante se confronte com a sua opção pela Enfermagem e reflicta sobre si no processo de cuidar;
- No 2º ano, visando a compreensão dos fenómenos de bem-estar e fenómenos do adoecer, e as intervenções de enfermagem à pessoa adulta e idosa.

- No 3º ano, visando a compreensão dos fenómenos de bem-estar e fenómenos do adoecer, e as intervenções de enfermagem à grávida, mãe, criança, adolescente e jovem. Pretende-se também que o estudante desenvolva as competências necessárias à intervenção de enfermagem ao indivíduo com doença mental.

- No 4º ano, visando no 1º semestre a prestação de cuidados a famílias e à comunidade e elaboração de um projecto pessoal em enfermagem clínica numa área de opção. O 2º semestre será de formação clínica, em que o estudante desenvolve a autonomia e a responsabilidade na área da sua opção. Inclui-se a realização de uma monografia no âmbito dos cuidados de enfermagem naquela área.

D - FUNDAMENTAÇÃO DO NÚMERO DE CRÉDITOS

A atribuição dos créditos segundo o Sistema Europeu de Transferência de Créditos (ECTS) é baseada na carga de trabalho (média) que o estudante (médio) deve desenvolver para concluir com êxito uma determinada unidade de aprendizagem, definida em termos de aquisição de uma dada competência.
Assim, numa fase inicial, foram contactadas várias instituições do ensino superior que já haviam iniciado o estudo da implementação do Processo de Bolonha nos seus cursos, não só na área científica de enfermagem (Escolas Superiores de Enfermagem de São João de Deus e D. Ana Guedes) como noutras áreas tais como a Física ou a Engenharia (Universidades de Aveiro e Minho). Contámos ainda com o acompanhamento da Senhora Professora Estela Pereira, Coordenadora Nacional do ECTS.
Posteriormente, foram elaborados dois questionários diferentes: um para estudantes e outro para docentes. Ambos os questionários foram previamente apresentados a toda a comunidade escolar, ao mesmo tempo que foi explicitado o objectivo pretendido (a transição para o Sistema Europeu de Transferência de Créditos). Em relação aos docentes, solicitou-se que calculassem a carga de trabalho nas unidades curriculares de que eram regentes atendendo aos objectivos, conteúdos, estratégias de aprendizagem e

avaliação das mesmas de acordo com o tipo de competências a adquirir e desenvolver.

Assim, a avaliação dos planos de estudo dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem, existentes nos diferentes pólos, permitiu a identificação da carga de trabalho média exigida para cada unidade curricular, bem como a necessária remodelação nas situações em que foi detectada alguma discrepância entre professores e estudantes.

A carga de trabalho dos estudantes em cada ano situa-se nas 1620 horas, correspondendo a 60 ECTS, o que está de acordo com o Decreto-lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro.

E – <u>FUNDAMENTAÇÃO DO NÚMERO TOTAL DE CRÉDITOS</u>

Neste Plano de Estudos preconiza-se que o curso de enfermagem tenha a duração de 4 anos num total de 240 ECTS. Para algumas profissões, são internacionalmente exigidas formações correspondentes a quatro, cinco ou seis anos curriculares de trabalho para o 1º ciclo.

Esta necessidade de 4 anos de formação inicial foi reconhecida através do Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro, no seu art.º 6º, e é explicitamente referida no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março,

"c*ontam-se neste grupo, desde logo, aquelas que são objecto de normas comunitárias de coordenação das condições mínimas de formação, como as constantes da Directiva nº 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro (Jornal Oficial, nº L255, de 30 de Setembro 2005), onde se incluem os médicos, os enfermeiros responsáveis por cuidados gerais…."* (p.242).

F – ADEQUAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO DO CICLO DE ESTUDOS E METODOLOGIAS DE ENSINO:

Relativamente à aquisição de competências para o grau de licenciado, o perfil do enfermeiro de cuidados gerais da ESEL desenvolve-se em torno das seguintes áreas/domínios:

- Iniciativa e criatividade
- Recolha, selecção e interpretação da informação
- Resolução de problemas
- Comunicação com diferentes públicos
- Pensamento critico e reflexivo
- Julgamento profissional
- Investigação
- Agir no respeito pela diversidade humana
- Agir ético
- Relação interpessoal e terapêutica
- Prestação e gestão de cuidados de enfermagem nos três níveis de prevenção
- Aprendizagem autónoma ao longo da vida
- Desenvolvimento pessoal e profissional
- Formação de pares e de outros profissionais
- Gestão e liderança

Estas competências constroem-se em torno dos seguintes eixos:

- Desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético
- Desenvolvimento científico e técnico
- Desenvolvimento instrumental

Quadro 1 - PERFIL DE COMPETÊNCIAS DO LICENCIADO EM ENFERMAGEM PELA ESEL

EIXOS CENTRAIS		
Desenvolvimento pessoal, cultural, social e ético	**Desenvolvimento científico e técnico**	**Desenvolvimento instrumental**
• Assume os compromissos éticos e legais da profissão. • Reconhece as suas próprias crenças e valores e o modo como podem influenciar o seu exercício profissional. • Conhece o âmbito das suas funções e competências, solicitando ajuda quando necessário. • Reconhece e respeita a diversidade cultural. • Interage com o cliente/outros com: empatia, pró-actividade e criatividade, gerindo conflitos, negociando e mediando. • Trabalha em equipa inter ou intra-profissional, favorecendo um clima de cooperação. • Participa na realização de projectos no âmbito da saúde. • Promove a imagem da profissão de enfermagem e participa no seu desenvolvimento. • Assume a responsabilidade pela sua aprendizagem ao longo da vida.	• Conhece aprofundadamente as teorias, os métodos, as técnicas e os instrumentos especificamente requeridos no exercício da actividade profissional. • Desenvolve e aplica princípios, conhecimentos, modelos, métodos e técnicas para desenvolver o bem-estar e saúde do cliente. • Toma decisões fundamentadas na resolução de problemas de saúde. • Analisa diferentes contextos em que exerce a sua actividade profissional, identificando recursos e insuficiências. • Conhece os métodos, as técnicas e os instrumentos requeridos pela investigação. • Conhece os métodos, as técnicas e os instrumentos requeridos pela formação. • Conhece os métodos, as técnicas e os instrumentos requeridos pela gestão.	• Mobiliza diferentes tipos de saberes/recursos e integra-os na sua actividade profissional. • Organiza sistemas de trabalho para a prestação de cuidados. • Selecciona e organiza informação adequada à prestação de cuidados. • Diagnostica a situação de saúde/doença do cliente face a uma avaliação sistemática da mesma. • Presta e gere cuidados de enfermagem, aos três níveis de prevenção, seleccionando e utilizando modelos de análise. • Selecciona e utiliza estratégias de educação para a saúde adequadas ao cliente. • Analisa crítica e reflexivamente a sua prática. • Utiliza a investigação como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados e como contributo para o desenvolvimento da enfermagem. • Participa em projectos de investigação. • Participa na coordenação de grupos. • Lidera equipas intra e inter-profissionais. • Participa na formação de pares e outros profissionais.

O perfil de competências preconizado para o licenciado em enfermagem pela ESEL corresponde ao perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais definido pela Ordem dos Enfermeiros.

Os eixos acima referidos fundamentam-se na apropriação de uma diversidade de saberes teóricos, metodológicos, técnicos, práticos e saberes-fazer, quer da ciência de enfermagem, quer de outras disciplinas, tanto da área da saúde como das ciências sociais e humanas.

As competências desenvolvem-se e expressam-se na acção pelo que, o plano de estudos prevê ensinos clínicos, trabalhos de campo e seminários, o que dá cumprimento à exigência europeia (Directiva nº 36/CE/2005, de 7 de Setembro – Parlamento Europeu e Conselho Europeu).

A ESEL considera os ensinos clínicos/estágios e trabalho de campo como espaços de formação onde o estudante se confronta com a realidade profissional, que lhe permitem negociar um contrato de aprendizagem, comunicar e interagir com diferentes públicos constituídos por especialistas e não especialistas, investigar e questionar-se. Nestes espaços de formação, docente e enfermeiro orientador do local de estágio, em parceria, orientam o trabalho do estudante procurando dar suporte, desafiando, ajudando a perspectivar, desenvolvendo atitudes de reflexão e avaliando resultados no contexto da experiência.

Sendo as competências resultado da integração de saberes sociais, científicos, éticos, estéticos e outros e, a fim de desenvolver as capacidades de resolução de problemas, a fundamentação de juízos e de soluções preconizadas e a selecção e interpretação de informação relevante, o plano de estudos dá resposta a estes aspectos particularmente nas unidades curriculares integradoras que são os ensinos clínicos e a disciplina Análise de Situações de Enfermagem.

Para a aquisição das competências preconizadas, a formação será um processo de construção activa, isto é, de mobilização dos recursos pessoais do estudante como pessoa, como cidadão e como futuro profissional. É-lhe dado espaço para desenvolver a sua autonomia e responsabilidade de forma

crescente, demonstrada pela evolução de HTA do estudante de 40% para 60%, culminando com um projecto pessoal em enfermagem clínica, a que correspondem 32 ECTS, e com a realização de uma monografia numa área clínica de opção do estudante.

G – ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A ORGANIZAÇÃO DO CICLO DE ESTUDOS E AS DE CURSOS DE REFERÊNCIA NO ESPAÇO EUROPEU

Apesar de alguma diversidade entre e intra países, as áreas integrantes das estruturas curriculares de todos os cursos europeus são semelhantes, dado que a directiva europeia 77/452/CEE que regulamentava a formação do enfermeiro de cuidados gerais, em conformidade com a actual 2005/36/CE, já definia os conteúdos curriculares mínimos para esta formação.
Também as sugestões feitas no âmbito do projecto Tunning vão no sentido de planear a formação em enfermagem com uma duração de 8 semestres ou 240 ECTS. (Gonzalez, J., Wagenaar, R. (Eds.) (2005) – *Tuning Educational Structures in Europe II – Universities contribution to the Bologna Process*. University of Deusto and University of Groningen)

Assim, em Portugal as escolas de enfermagem que apresentaram os novos planos de estudos adequados a Bolonha fizeram-no com base nestas directivas preconizando uma formação com 240 créditos.

Para uma análise comparativa seleccionámos de entre alguns países europeus, a Dinamarca, a Finlândia, a Holanda e a Irlanda.

Quadro II - Duração de ciclos de estudos de Enfermagem (1º ciclo) em países europeus:

PAÍS	ANOS	CRÉDITOS	OBS.
Dinamarca	3,5	210	
Finlândia	3,5	210	
Holanda	4	240	
Irlanda	3 e 4	180 e 240	BSc/BA (Hons) Nursing é de 4 anos

Portugal está, como se pode ver no quadro acima, a par com dois dos países referidos (Holanda e Irlanda) com um curso de 240 ECTS.

Através do quadro nº 2, podemos analisar comparativamente as estruturas curriculares de três cursos do Espaço Europeu de Ensino Superior, com durações diferentes, tipificando as mais comuns: 210 créditos, do Helsinki Polytechnic Stadia (*http://opinto-opas.stadia.fi/ops.php?c=76&ls=1*); e outro de 240 créditos, (http://www.deu.ie/registry/module_contents.php?function=4&programme=BNGN) da Dublin City University.

Quadro III – Estruturas curriculares de cursos de 1º ciclo de Enfermagem do espaço europeu

CNAEF		**LISBOA**		**HELSINQUIA**		**DUBLIN**	
ÁREA CIENTÍFICA	**CÓD.**	**ECTS**	%	**ECTS**	%	**ECTS**	%
Formação de professores / formadores e ciências da educação	**14**	3	1,25	3	1,43	-	-
Humanidades	**22**	6	2,5	18	8,57	5	2,08
Ciências sociais e do comportamento	**31**	12	5,0	6	2,86	15	6,25
Ciências empresariais	**34**	3	1,25	6	2,86	5	2,08
Direito	**38**	-	-	-	-	2,5	1,04
Ciências da vida	**42**	12	5	4	1,90	20	8,33
Matemática e estatística	**46**	-	-	-	-	-	-
Informática	**48**	-	-	3	1,43	-	-
Saúde	**72**	196	81,7	167	79,52	182,5	76,04
Desconhecido ou não especificado	**99**	8	3,3	3	1,43	10	4,17
	TOTAL	**240**	**100**	**210**	**100**	**240**	**100**

Conforme se demonstra no quadro anterior, na proporção global destas três áreas de base, o curso de Lisboa revela-se semelhante ao da Universidade de Dublin. E se tivermos em conta que, neste último, ainda estão previstos 10 créditos (4,17%) para opções, então podemos concluir que o Curso de

Enfermagem, que propomos para registo se enquadra no contexto europeu escolhido para referência.

H – RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA E ORGANIZAÇÃO DO CICLO DE ESTUDOS

Foram analisados os relatórios de avaliação externa, realizados em 2005, nas ES Enfermagem: Artur Ravara, Calouste Gulbenkian, Francisco Gentil e Maria Fernanda Resende.

Os planos de estudo iniciaram-se em 1999, obedecendo a pressupostos que podemos considerar actuais. Nos relatórios das quatro escolas é valorizada a existência de um perfil de competências e a organização dos planos de estudo tendo a preocupação de centrar o processo de aprendizagem no estudante, promovendo a autonomia e a auto responsabilidade.

Dos relatórios salientam-se ainda outros aspectos que foram incorporados no plano de estudos de acordo com o quadro 2.

Quadro IV - Incorporação dos dados das avaliações externas no Plano de Estudos

RESULTADOS DA AVALIAÇÃO EXTERNA	**PLANO DE ESTUDOS DA ESEL**
ASPECTOS POSITIVOS SALIENTADOS:	
a) Existência de uma Unidade Curricular transversal de ligação ao longo de todo o curso que visa o desenvolvimento do pensamento crítico, pessoal e sócio profissional.	▪ Unidades Curriculares - Análise de situações de enfermagem I, II, III, IV (anexo 3)
b) Coerência sequencial das unidades curriculares do mesmo domínio.	▪ Mantido
c) A organização curricular permite um crescendo na complexidade da aprendizagem, iniciando-se indivíduo e culminando na comunidade.	▪ Mantido
d) O estágio realizado no final do curso em consonância com um projecto pessoal que pode apontar para experiências de aprendizagens no estrangeiro	▪ Mantido
e) Desenvolvimento da autoformação.	▪ Mantido nomeadamente através do trabalho de projecto e tutoria.
f) Desenvolvimento da prática de enfermagem através do pensamento crítico e da investigação.	• Mantido – nas Unidades Curriculares de Investigação I e II, Análise de Situações de Enfermagem I, II, III e IV, nas diversas UC de Enfermagem e Ensinos Clínicos e através da Monografia.
PROBLEMAS E SUGESTÕES:	
a) Necessidade do desenvolvimento de competências pessoais através de um plano curricular mais aberto com introdução de opções.	▪ Nos primeiros três anos Estão UC de opção totalizando 15 ECTS e no último, uma UC de Ensino Clínico opcional com 24 ECTS
b) Dificuldade em garantir contextos para a realização dos ensinos clínicos.	▪ Para as áreas mais criticas, no 3º ano, optou-se pela construção de um semestre em que três Ensinos Clínicos podem realizar-se sem sequência fixa. Assim, permite-se a distribuição dos estudantes em três grupos e a consequente diminuição dos locais necessários às experiências práticas.
c) Carga horária lectiva elevada	▪ A atribuição de HTA assegura uma menor sobrecarga lectiva.
d) Necessidade de maior articulação interdisciplinar.	▪ Unidade Curricular de Análise de Situações de Enfermagem. (anexo 3).

Anexo I

DGES – DIRECÇÃO GERAL DO ENSINO SUPERIOR

Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior

FORMULÁRIO

Estrutura curricular e plano de estudos

1. Estabelecimento de ensino:

   Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2. Unidade orgânica (faculdade, escola, instituto, etc.):

   Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3. Curso:

   Curso de Licenciatura em Enfermagem

4. Grau ou diploma:

   Licenciado

5. Área científica predominante do curso:

   Enfermagem

6. Número de créditos, segundo o sistema europeu de transferência e acumulação de créditos, necessário à obtenção do grau ou diploma:

   240

7. Duração normal do curso:

   4 anos – 8 semestres

8. Opção, ramos ou outras formas de organização de percursos alternativos em que o curso se estruture (se aplicável):

9. Áreas científicas e créditos que devem ser reunidos para a obtenção do grau ou diploma:

Anexo I

Quadro I - Áreas científicas e créditos para a obtenção do grau de licenciado em enfermagem pela ESEL

(de acordo com a Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação (CNAEF) e respectivos códigos aprovados pela Portaria n.º 256/2005 de 16 de Março)

Área Científica	Sigla	ECTS	
		Obrigatórios	Optativos
Ciências de Educação	**142**	**3**	
Filosofia e Ética	**226**	**6**	
Psicologia	**311**	**6**	
Sociologia e outros estudos	**312**	**6**	
Gestão e Administração	**345**	**3**	
Biologia e Bioquímica [1]	**421**	**12**	
Medicina	**721**	**3**	
Enfermagem	**723**	**183**	**7 a 10**
Saúde Pública	**853**	**3**	
Outras áreas científicas			**5 a 8**
Total		**225**	**15**

Observações:

Os 15 créditos optativos necessários à obtenção do diploma são organizados de modo a que 7 a 10 sejam da área de Enfermagem e 5 a 8 sejam de outras áreas científicas.

[1] Inclui a formação em: Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica; Microbiologia e Parasitologia; Farmacologia

S. R.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

PLANO DE ESTUDOS

(aprovado na reunião do Conselho Científico de 18 de Dezembro de 2007)

Janeiro de 2008

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

1º Ano 1º SEMESTRE

Quadro nº 1

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho								TOTAL	ECTS	Observações
			HC										
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Fundamentos de Enfermagem I	723	Semestral	80	47	**52**	**9**	**12**	**0**	10	210	351	13	
História e Epistemologia de Enfermagem I	723	Semestral	29	0	0	4	8	0	8	49	81	3	
Microbiologia e Parasitologia	421	Semestral	31	0	0	0	8	0	10	49	81	3	
Antropologia e Sociologia I	312	Semestral	**35**	15	0	0	0	0	15	65	108	4	
Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica I	421	Semestral	49	0	0	0	0	0	0	49	81	3	
Psicologia I	311	Semestral	45	20	0	0	0	0	0	65	108	4	
Total			**269**	**82**	**52**	**13**	**28**	**0**	**43**	**487**	**810**	**30**	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

1º Ano 2º SEMESTRE

Quadro nº 2

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho									ECTS	Observações
			HC								TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Fundamentos de Enfermagem II	723	Semestral	48	28	32	**6**	**6**	**0**	10	130	216	8	
Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem	723	Semestral	0	0	0	0	0	114	0	114	162	6	
Sistemas e Políticas de Saúde	853	Semestral	28	0	0	14	7	0	0	49	81	3	
Anatomia, Fisiologia e Química Fisiológica II	421	Semestral	65	0	0	0	0	0	0	65	108	4	
Ética e Deontologia de Enfermagem I	226	Semestral	20	20	0	0	4	0	5	49	81	3	
Análise de Situações de Enfermagem I	723	Semestral	0	35	0	0	14	0	0	49	81	3	
Opção I	Vários	Semestral	21	20	0	0	0	0	0	41	81	3	
Total			**182**	**103**	**32**	**20**	**31**	**114**	**15**	**497**	**810**	**30**	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

2º Ano 1º SEMESTRE

Quadro nº 3

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho								ECTS	Observações
			HC							TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total		
Enfermagem ao Adulto	723	Semestral	80	45	10	6	6	**0**	15	162	270	10	
Enfermagem ao Idoso	723	Semestral	40	10	5	5	6	0	15	81	135	5	
Ética e Deontologia de Enfermagem II	226	Semestral	15	25	0	0	4	0	5	49	81	3	
Educação para a Saúde	723	Semestral	14	14	0	22	0	0	4	54	108	4	
Patologia	721	Semestral	49	0	0	0	0	0	0	49	81	3	
Farmacologia	421	Semestral	22	10	0	0	0	0	0	32	54	2	
Opção II	Vários	Semestral	21	20	0	0	0	0	0	41	81	3	
Total			**241**	**124**	**15**	**33**	**16**	**0**	**39**	**468**	**810**	**30**	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

2º Ano 2º SEMESTRE

Quadro nº 4

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho									ECTS	Observações
			HC								TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Ensino Clínico de Enfermagem ao Adulto e Idoso	723	Semestral	0	0	0	0	0	324	20	344	459	17	
Investigação em Enfermagem I	723	Semestral	20	23	0	0	0	0	6	49	81	3	
Antropologia e Sociologia II	312	Semestral	15	0	0	0	12	0	5	32	54	2	
Psicologia II	311	Semestral	17	0	0	0	15	0	0	32	54	2	
Análise de Situações de Enfermagem II	723	Semestral	0	27	0	0	14	0	0	41	81	3	
Opção III	Vários	Semestral	21	20	0	0	0	0	0	41	81	3	
Total			**73**	**70**	**0**	**0**	**41**	**324**	**31**	**539**	**810**	**30**	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

3º Ano 1º SEMESTRE

Quadro nº 5

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho									ECTS	Observações
			HC								TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Enfermagem de Saúde da Mulher	723	Semestral	38	16	0	0	0	0	0	54	108	4	
Enfermagem da Criança e do Jovem	723	Semestral	40	34	16	0	5	0	0	95	189	7	
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	723	Semestral	22	18	10	0	4	0	0	54	108	4	
Relação de Ajuda	723	Semestral	10	31	0	0	0	0	0	41	81	3	
Gestão em Enfermagem	345	Semestral	31	0	0	0	10	0	0	41	81	3	
História e Epistemologia de Enfermagem II	723	Semestral	25	0	0	4	4	0	8	41	81	3	
Investigação em Enfermagem II	723	Semestral	10	6	0	0	4	0	21	41	81	3	
Opção IV	Vários	Semestral	21	20	0	0	0	0	0	41	81	3	
Total			**197**	**125**	**26**	**4**	**27**	**0**	**29**	408	**810**	30	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

3º Ano 2º SEMESTRE

Quadro nº 6

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho									ECTS	Observações
			HC								TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde da Mulher	723	Semestral	0	0	0	0	7	155	0	162	216	8	
Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem	723	Semestral	0	0	0	0	0	146	16	162	216	8	
Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	723	Semestral	0	0	0	0	6	156	0	162	216	8	
Análise de Situações em Enfermagem III	723	Semestral	0	27	0	0	14	0	0	41	81	3	
Opção V	Vários	Semestral	21	20	0	0	0	0	0	41	81	3	
Total			**21**	**47**	**0**	**0**	**27**	**457**	**16**	**568**	**810**	**30**	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

4º Ano 1º SEMESTRE

Quadro nº 7

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho									ECTS	Observações
			HC								TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família	723	Semestral	38	18	0	14	3	0	3	76	189	7	
Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família	723	Semestral	**0**	0	0	0	21	205	0	226	324	12	
Formação em Contexto de Trabalho	142	Semestral	**8**	14	0	8	0	0	2	32	81	3	
Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica I	723	Semestral	**0**	0	0	20	26	0	8	54	135	5	
Enfermagem em Cuidados Intensivos	723	Semestral	20	15	5	4	0	0	5	49	81	3	
Total			**66**	**47**	**5**	**46**	**50**	**205**	**18**	**437**	**810**	**30**	

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

Curso de Enfermagem

Licenciatura

Enfermagem

4º Ano 2º SEMESTRE

Quadro nº 8

Unidades Curriculares	Área Científica	Tipo	Horas de trabalho									ECTS	Observações
			HC								TOTAL		
			T	TP	PL	TC	S	E	OT	Total			
Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica II	723	Semestral	0	0	0	0	22	**0**	10	32	81	3	
Ensino Clínico - Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica	723	Semestral	0	0	0	0	0	350	39	389	648	24	
Análise de Situações de Enfermagem IV	723	Semestral	0	27	0	0	14	0	0	41	81	3	
Total		Semestral	0	27	0	0	36	350	49	462	810	30	

T – Ensino teórico
TP – Ensino teórico-prático
PL – Ensino prático e laboratorial
S – Seminários
E – Estágio
TC – Trabalho de Campo
OT – Orientação/tutoria
HC – Horas de Contacto
HTA – Horas de Trabalho Autónomo

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Anexo II

NOTAS

► **Todos os Anos**:
As UC de Opção têm 50% de Horas de Contacto

► **No 1º Ano**:

Ensino Clínico – 70 % de Horas de Contacto;

UC Teóricas – 60 % de Horas de Contacto

► **Nos 2º e 3º Anos**:

Ensino Clínico – 75 % de Horas de Contacto;

► **No 2º Ano**:

UC Teóricas – Mantiveram 60 % de Horas de Contacto à excepção da Educação para a Saúde e Análise de Situações de Enfermagem às quais se atribuíram 50% de Horas de Contacto;

► **No 3º Ano**:
UC Teóricas - 50% de Horas de Contacto;

► **No 4º Ano**:
Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família – 70 % de Horas de Contacto;
Ensino Clínico – Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica – 60 % de Horas de Contacto;
UC Teóricas – 40% de Horas de Contacto à excepção da Análise de Situações de Enfermagem à qual se atribuiu 50% de Horas de Contacto e Enfermagem em Cuidados Intensivos à qual se atribuiu 60% de Horas de Contact

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

FINALIDADES DAS UNIDADES CURRICULARES

1º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM I	Capacitar o estudante para a compreensão e mobilização dos conceitos, instrumentos e fundamentação essenciais à disciplina e à prática de enfermagem.
HISTÓRIA E EPISTEMOLOGIA DE ENFERMAGEM I	Capacitar o estudante para a compreensão do domínio do conhecimento de enfermagem enquadrado no contexto sócio-histórico.
MICROBIOLOGIA E PARASITOLOGIA	Capacitar o estudante para a compreensão da cadeia infecciosa e dos principais agentes: emergentes e recrudescentes com significado epidemiológico em Portugal.
ANTROPOLOGIA E SOCIOLOGIA I	Capacitar o estudante para a compreensão e análise das dinâmicas sócio culturais das pessoas e dos grupos.
ANATOMIA, FISIOLOGIA E QUÍMICA FISIOLÓGICA I	Capacitar o estudante para a compreensão da estrutura e funcionamento do corpo humano, para o reconhecimento e interpretação de sinais de normalidade.
PSICOLOGIA I	Capacitar o estudante para a compreensão das mudanças cognitivas e sócio-afectivas que ocorrem na pessoa ao longo do ciclo de vida.

2º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM II	Capacitar o estudante para a satisfação das necessidades da pessoa e para o cumprimento de planos terapêuticos.
ENSINO CLÍNICO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM	Desenvolver competências para a intervenção de enfermagem na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa, em situações de saúde e doença, em diversos contextos de cuidados de saúde.
SISTEMAS E POLÍTICAS DE SAÚDE	Capacitar o estudante para a compreensão dos cenários e medidas das políticas sociais e de saúde no contexto europeu e para a análise das repercussões destas políticas na saúde das populações.
ANATOMIA, FISIOLOGIA E QUÍMICA FISIOLÓGICA II	Capacitar o estudante para a compreensão da estrutura e funcionamento do corpo humano, para o reconhecimento e interpretação de sinais de normalidade.
ÉTICA E DEONTOLOGIA DE ENFERMAGEM I	Capacitar o estudante para a compreensão da Ética / Bioética e da dimensão ética do cuidado de enfermagem.
ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM I	Capacitar o estudante para, numa lógica integrativa de saberes, se conhecer e desenvolver como pessoa, desenvolver o julgamento profissional e o processo de tomada de decisão em enfermagem e para assumir o seu papel social e profissional utilizando a reflexão sobre valores, conhecimentos, sentimentos e dilemas na análise de situações e vivências.
OPÇÃO I	Capacitar o estudante para se adaptar ás mudanças, responder a

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

	novas solicitações e desafios, ser inovador e criativo de forma a intervir autonomamente como enfermeiro e participar pró-activamente no desenvolvimento da profissão e enquanto cidadão.

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
ENFERMAGEM AO ADULTO	Capacitar o estudante para promover, manter e melhorar a saúde do adulto no seu contexto familiar e social.
ENFERMAGEM AO IDOSO	Capacitar o estudante para compreender e agir face ao processo de envelhecimento, tendo em conta a qualidade de vida para promover, manter e melhorar a saúde dos idosos no seu contexto familiar e social.
ÉTICA E DEONTOLOGIA DE ENFERMAGEM II	Capacitar o estudante para as tomadas de decisão ética em situação, fundamentando-se nos valores que sustentam a profissão, no código deontológico e legislação.
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	Capacitar o estudante para o papel de informador e educador de saúde, participante na construção de estilos de vida saudáveis.
PATOLOGIA	Capacitar o estudante para a compreensão das situações de doença do cliente e para a interpretação dos resultados dos exames complementares de diagnóstico mais frequentes.
FARMACOLOGIA	Capacitar o estudante para as tomadas de decisão relativas às funções autónomas e interdependentes face ao plano terapêutico.
OPÇÃO II	Capacitar o estudante para se adaptar ás mudanças, responder a novas solicitações e desafios, ser inovador e criativo de forma a intervir autonomamente como enfermeiro e participar pró-activamente no desenvolvimento da profissão e enquanto cidadão.

4º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM AO ADULTO E IDOSO	Desenvolver competências para prestação de cuidados de enfermagem ao adulto e idoso, inserido na família, em situações de saúde e doença aguda e crónica, em contexto hospitalar e outros.
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM I	Capacitar o estudante para a tomada de decisão em situação de cuidados de enfermagem mobilizando resultados da investigação.
ANTROPOLOGIA E SOCIOLOGIA II	Capacitar o estudante para a compreensão da diversidade de modelos de interpretação da saúde e da doença nos grupos sociais.
PSICOLOGIA II	Capacitar o estudante para compreensão dos factores que intervêm no processo de saúde e na problemática da pessoa no confronto com a doença e sofrimento.
ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM II	Capacitar o estudante para, numa lógica integrativa de saberes, se conhecer e desenvolver como pessoa, desenvolver o julgamento profissional e o processo de tomada de decisão nos cuidados ao adulto e idoso e para assumir o seu papel social e profissional utilizando a reflexão sobre valores, conhecimentos, sentimentos e dilemas na análise de situações e vivências.
OPÇÃO III	Capacitar o estudante para se adaptar ás mudanças, responder a novas solicitações e desafios, ser inovador e criativo de forma a intervir autonomamente como enfermeiro e participar pró-activamente no desenvolvimento da profissão e enquanto cidadão.

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

5º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
ENFERMAGEM DE SAÚDE DA MULHER	Capacitar o estudante para compreender os fenómenos da saúde sexual, reprodutiva e de transição para a parentalidade para promover, manter e melhorar a saúde sexual e reprodutiva das pessoas inseridas no seu meio familiar e social.
ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM	Capacitar o estudante para a avaliação dos fenómenos de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde da criança e jovem, no seu contexto familiar e social.
ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	Capacitar o estudante para a compreensão dos fenómenos de saúde/doença mental e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde mental da pessoa, no seu meio familiar e nos serviços de saúde.
RELAÇÃO DE AJUDA	Capacitar o estudante para aprofundar a utilização dos princípios da relação de ajuda numa abordagem centrada na pessoa, intervindo no processo de cuidar ao nível da relação interpessoal.
GESTÃO EM ENFERMAGEM	Capacitar o estudante para o trabalho em equipa multidisciplinar e para gerir os cuidados de enfermagem.
HISTÓRIA E EPISTEMOLOGIA DE ENFERMAGEM II	Capacitar o estudante para elaborar argumentos conceptuais que fundamentam a tomada de decisão na prática de enfermagem
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM II	Capacitar o estudante para o exercício de uma pratica baseada na evidência e para participar em projectos de investigação.
OPÇÃO IV	Capacitar o estudante para se adaptar ás mudanças, responder a novas solicitações e desafios, ser inovador e criativo de forma a intervir autonomamente como enfermeiro e participar pró-activamente no desenvolvimento da profissão e enquanto cidadão.

6º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
ENSINO CLINICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA MULHER	Capacitar o estudante para compreender os fenómenos da saúde sexual, reprodutiva e de transição para a parentalidade para promover, manter e melhorar a saúde sexual e reprodutiva das pessoas inseridas no seu meio familiar e social.
ENSINO CLINICO DE	Capacitar o estudante para a avaliação dos fenómenos de

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM	crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde da criança e jovem, no seu contexto familiar e social.
ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA	Capacitar o estudante para a compreensão dos fenómenos de saúde/doença mental e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde mental da pessoa, no seu meio familiar e nos serviços de saúde.
ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM III	Capacitar o estudante para, numa lógica integrativa de saberes, se conhecer e desenvolver como pessoa, desenvolver o julgamento profissional e o processo de tomada de decisão nos cuidados à pessoa com doença mental, à criança e jovem e à mulher e para assumir o seu papel social e profissional utilizando a reflexão sobre valores, conhecimentos, sentimentos e dilemas na análise de situações e vivências.
OPÇÃO V	Capacitar o estudante para se adaptar ás mudanças, responder a novas solicitações e desafios, ser inovador e criativo de forma a intervir autonomamente como enfermeiro e participar pró-activamente no desenvolvimento da profissão e enquanto cidadão.

7º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DA FAMÍLIA.	Capacitar o estudante para analisar os fenómenos de saúde da população e para promover, manter e melhorar a saúde das famílias, grupos e comunidade.
ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA E DA FAMÍLIA	Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à família, grupos e comunidade, tendo em vista a sua autonomia na gestão dos processos de saúde e doença.
FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	Capacitar o estudante para a aprendizagem ao longo da vida e para a agir como formador em contexto de trabalho.
PROJECTO PESSOAL EM ENFERMAGEM CLÍNICA I	Capacitar o estudante para, a partir da análise das suas práticas, desenvolver estratégias de auto-formação e trabalho de projecto numa dimensão do cuidado de enfermagem de sua opção.
ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS	Capacitar o estudante para compreender a especificidade dos cuidados de enfermagem em doentes críticos

8º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR	FINALIDADE
PROJECTO PESSOAL	Capacitar o estudante para a utilização da metodologia investigativa

S. R.
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

EM ENFERMAGEM CLÍNICA II	através da realização de uma monografia ligada à sua prática clínica e centrada no cuidado de enfermagem.
ENSINO CLÍNICO - PROJECTO PESSOAL EM ENFERMAGEM CLÍNICA	Desenvolver competências para a prestação de cuidados numa área clínica da sua opção utilizando a metodologia do trabalho de projecto e realizando uma monografia centrada no cuidado de enfermagem.
ANÁLISE DE SITUAÇÕES DE ENFERMAGEM IV	Capacitar o estudante para, numa lógica integrativa de saberes, se conhecer e desenvolver como pessoa, desenvolver o julgamento profissional e o processo de tomada de decisão nos cuidados à pessoa, família e comunidade e para assumir o seu papel social e profissional utilizando a reflexão sobre valores, conhecimentos, sentimentos e dilemas na análise de situações e vivências.

[redacted] [redacted]

Anexo IV – Guias Orientadores dos Ensinos Clínicos de Enfermagem: da Criança e do Jovem (Pediatria); da Criança e do Jovem (Saúde Infantil); de Saúde da Mulher; de Saúde Mental e Psiquiátrica; de Saúde Comunitária e da Família; e de Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM

GUIA ORIENTADOR

(PEDIATRIA)

2009-2010

Unidade Curricular: Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem

Língua de Instrução: Português **Créditos ECTS:** 8 **Carga Horária Total**[1]**:** 216h

Regime: Obrigatório

INTRODUÇÃO

Nos séculos XX e XXI, as mudanças no perfil dos indicadores de morbilidade e mortalidade resultantes do controle de doenças transmissíveis, da emergência de doenças crónicas, dos distúrbios de comportamento, dos acidentes, assim como da transição demográfica, foram amplamente apontadas como determinantes das transformações nas políticas de saúde e, consequentemente, nas práticas.

As novas tendências nos cuidados de saúde à população pediátrica, orientam-se para a manutenção da saúde, a prevenção da doença e/ou recuperação de forma atraumática. Os cuidados atraumáticos caracterizam-se por eliminar ou minimizar o sofrimento. Preconizam-se que as crianças sejam apreciadas ao nível evolutivo, ou seja, com base nas aquisições feitas e na motivação para desenvolver as suas capacidades de acordo com as suas potencialidades. A filosofia dos cuidados de enfermagem em pediatria inclui, ainda, dois aspectos: a prestação de Cuidados Centrados na Família, que atribui à família/pessoas significativas a possibilidade de decisão, a continuidade do exercício do papel parental e os cuidados prestados de forma a assegurar a personalização, a continuidade e a coordenação.

O Plano Nacional de Saúde constitui-se como um "fio condutor" para que se possa assegurar ou contribuir para a obtenção de ganhos em saúde orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença, resultando em "mais saúde para todos os portugueses".

[1] Horas de Contacto - 146h ; Orientação Tutorial -16h; Horas de Trabalho Autónomo – 54h

A formação dos enfermeiros de hoje responde a múltiplos desafios e contribui para o desenvolvimento de profissionais interessados, informados, intervenientes, com uma forte consciência ética – relativamente a si, aos outros e ao próprio mundo – capazes de reflectir, decidir, agir, criar, valorizando a condição humana.

Da consciência destas exigências emerge a procura de novas lógicas orientadoras das práticas formativas em enfermagem, que aproximem, ou melhor, insiram os processos de aprendizagem nos contextos, em que aquilo que se aprende é realizado, é vivido, ou seja, nos contextos em que os cuidados de enfermagem se praticam, se concretizam.

Acreditando nestes pressupostos, a ESEL tem desenvolvido um trabalho de parceria com Serviços de Saúde, através de diferentes actores – Professores e Enfermeiros – que unem esforços no sentido de uma acção reflectida comum, concreta e negociada, capaz de fomentar dinâmicas de formação que valorizem as práticas como contextos de produção de saberes.

Os ensinos clínicos constituem assim um espaço privilegiado de concretização do trabalho de parceria e da formação dos estudantes. Neste pressuposto, desejamos construir e sedimentar uma dinâmica de articulação de forma a transformar a colaboração pontual numa verdadeira colaboração entre a ESEL e as instituições, entre professores e enfermeiros da prática, visando não só a consecução da aprendizagem em contexto de cuidados e a socialização dos estudantes no meio profissional, mas também, a criação de um espaço de diálogo, discussão, investigação e cooperação efectiva.

A orientação dos estudantes ao longo do ensino clínico privilegia a reflexão e a discussão em torno de situações específicas de aprendizagem na prática, entre estudantes, docentes e enfermeiros. Perante estes pressupostos é fundamental que todos os actores tenham conhecimento do plano de estudos e da sua organização curricular (anexo I).

Este documento explicita os seguintes aspectos do Ensino clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem:

- A finalidade, os objectivos e o programa
- As competências que se pretende que os estudantes adquiram
- A metodologia utilizada
- O papel do professor, do enfermeiro orientador e do estudante
- Os processos de orientação e avaliação

FINALIDADE

"Capacitar o estudante para a avaliação dos fenómenos do crescimento e desenvolvimento e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde, da criança e do jovem, no seu contexto familiar e social" (Plano de Estudos ESEL p.30).

OBJECTIVOS

- Fundamentar os cuidados de enfermagem numa filosofia de cuidados atraumáticos e centrados na família.
- Apreciar as características biológicas e de desenvolvimento da criança e do jovem no seu contexto social e familiar.
- Mobilizar estratégias de comunicação adaptadas às características do desenvolvimento da criança e do jovem.
- Desenvolver estratégias de comunicação e negociação promotoras da parceria de cuidados com a Família.
- Identificar as necessidades e os problemas de saúde da criança e do jovem.
- Planear os cuidados de enfermagem em função da singularidade do sujeito de cuidados.
- Implementar os cuidados de enfermagem utilizando estratégias aos três níveis de prevenção.
- Avaliar a resposta da criança e do jovem aos cuidados de enfermagem.
- Reflectir sobre a dimensão ética dos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem.

PROGRAMA

- Observação dos cuidados de enfermagem a crianças em situação de vigilância/cuidados de saúde.
- Treino, com supervisão, o julgamento clínico e tomada de decisão sobre as necessidades de cuidados de enfermagem: apreciação, identificação, planeamento, implementação, avaliação e registo.
- Desenvolvimento de um contexto relacional inerente à prática de cuidados, mobilizando técnicas de comunicação específicas, propício à promoção do bem-estar e alívio do sofrimento da criança, jovem e família.
- Utilização dos princípios da prática baseada na evidência.

COMPETÊNCIAS

DESENVOLVIMENTO PESSOAL, CULTURAL, SOCIAL E ÉTICO	DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TÉCNICO	DESENVOLVIMENTO INSTRUMENTAL
Assume os compromissos éticos e legais da profissão Respeita a diversidade da pessoa Conhece o âmbito das suas funções e competências, solicitando ajuda, quando necessário Interage com a criança/o jovem/a família e outros Trabalha em equipa inter ou intra-profissional, favorecendo um clima de cooperação Promove a imagem da profissão de enfermagem e participa no seu desenvolvimento Assume a responsabilidade pela sua aprendizagem.	Conhece aprofundadamente as teorias, os métodos, as técnicas e os instrumentos especificamente requeridos no exercício da prática clínica Desenvolve e aplica princípios, conhecimentos, modelos, métodos e técnicas para desenvolver o bem-estar e saúde Toma decisões fundamentadas na resolução de problemas de saúde Analisa diferentes contextos, identificando as necessidades e os recursos Presta e gere cuidados de enfermagem, aos três níveis de prevenção Participa na formação de pares e outros profissionais	Mobiliza os conhecimentos e integra-os na prática Utiliza a investigação como meio para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem Selecciona e organiza a informação adequada à prestação de cuidados Diagnostica a situação de saúde/doença através de uma avaliação sistemática da mesma Selecciona e utiliza estratégias de educação para a saúde adequadas Analisa e crítica reflexivamente a sua prática.

METODOLOGIA

O Ensino Clínico decorre durante cinco semanas em Serviços de Pediatria. O número de horas semanal de trabalho do estudante em média é de 40 horas, das quais 24 são em prática clínica (presenciais), 3 de orientação tutorial e 13 de trabalho autónomo para pesquisa, estudo e outras actividades necessárias à aprendizagem (Cronograma - anexo II).

Durante o período em que os estudantes realizarem o Ensino Clínico, são integrados nas equipas de cuidados, fazendo preferencialmente os turnos da manhã e tarde. Cada estudante fica sob orientação de um enfermeiro e de um professor. Na fase inicial o estudante deverá prestar cuidados a crianças/jovens e suas famílias com situações de menor complexidade e progressivamente ir aumentando de acordo com o seu desenvolvimento.

A supervisão clínica dos estudantes assenta num modelo de formação reflexivo, que privilegia as seguintes actividades pedagógicas:

1. Elaboração de um Estudo de Caso de uma Criança/Jovem e sua família, segundo o modelo teórico de Betty Neuman. (individual) a entregar na data pré estabelecida com o professor responsável.
2. Elaboração de um Plano de Cuidados de uma criança/família (semanal) adoptando o modelo teórico utilizado na Unidade de pediatria (caso não tenham adoptado nenhum deverão utilizar o modelo teórico de Betty Neuman)
3. Jornal de Aprendizagem (semanal)

O jornal de aprendizagem constitui um instrumento escrito do estudante ao longo do ensino clínico, que se debruça sobre as situações vividas na prática de cuidados, estando inscrito no processo da aprendizagem reflexiva, inspirado no ciclo reflexivo de *Gibbs*. O estudante descreve e interpreta a sua prática. Porque envolve a escrita, permite ao seu autor distanciar-se da situação e reflectir sobre ela. Um relato torna-se

uma prática reflectida (MATTINGLY, 1991), requerendo reapropriação da experiência, o que facilita a tomada de consciência e a mudança na *acção* (anexo III).

No sentido de potencializar o processo de aprendizagem do estudante, a equipa pedagógica dispõe do espaço da Plataforma de e-learning *Blackboard*.

Nesse espaço estarão disponíveis:

- Informações relacionadas com aspectos logísticos da UC
- Fórum de discussão de temas ou tópicos.
- *Chat*
- Sala de aulas virtual
- Possibilidade de criação de grupos com correio electrónico integrado

A utilização deste espaço poderá ser negociada entre o professor, o enfermeiro orientador e os estudantes em função das necessidades particulares a cada situação

ATRIBUIÇÕES DOS FORMADORES

São atribuições do Enfermeiro Orientador (EO)

- Antes de iniciar o Ensino Clínico reunir com o professor para a sua preparação.
- Seleccionar, em colaboração com o professor e estudante, experiências que contribuam para o desenvolvimento das competências definidas para este ensino clínico.
- Proporcionar ao estudante um clima favorável à aprendizagem e aquisição/desenvolvimento das competências.
- Orientar, supervisionar e dar suporte ao estudante nos cuidados à criança, ao jovem e suas famílias de acordo com a sua necessidade de aprendizagem.
- Validar a tomada de decisão clínica do estudante, o planeamento, a realização e a avaliação dos cuidados que presta, assegurando-se da fundamentação subjacente.

- Colaborar na avaliação do estudante com o professor, não só nos momentos formais, mas também, ao longo de toda a experiência.

São atribuições do Professor (P)

- Antes de iniciar o Ensino Clínico reunir com as equipas orientadores e chefia dos Centros de Saúde para a sua preparação.
- Orientar/supervisionar o estudante de acordo com as suas necessidades.
- Orientar o estudante no espaço de Ensino Clínico, na escola ou noutros locais, de acordo com a sua necessidade de aprendizagem.
- Analisar com o estudante as suas facilidades/dificuldades, promovendo um clima favorável à sua formação.
- Analisar com o estudante o jornal de aprendizagem, de modo a promover a reflexão e estimular o pensamento crítico.
- Orientar o processo de avaliação formativa e sumativa na qual participam o Enfermeiro Orientador e o Estudante.

AVALIAÇÃO

O ensino clínico é objecto de avaliação contínua, preconizando-se que a avaliação englobe a dimensão formativa e sumativa. Com a dimensão formativa pretende-se criar momentos e espaços reflexivos que privilegiem a tomada de consciência do percurso desenvolvido e dos aspectos a desenvolver. A dimensão formativa da avaliação é realizada sensivelmente a meio do período de ensino clínico, devendo para o efeito ser feito registo da apreciação com base no instrumento de avaliação (anexo IV).

A avaliação sumativa tem lugar no final do ensino clínico e baseia-se no instrumento de avaliação da unidade curricular. Podem, para além desta, coexistir momentos formais de avaliação que o professor ou o enfermeiro orientador entendam ser necessários. O estudante faz a auto-avaliação e regista-a. O enfermeiro orientador e o

professor fazem a avaliação sumativa e registam-na, sendo esta fundamentada no resultado das capacidades e competências desenvolvidas pelo estudante, podendo ser reprovado ou aprovado face aos resultados da aprendizagem preconizados. A apreciação do estudante aprovado é qualitativa e situa-se nos parâmetros suficiente, bom, muito bom e excelente.

A avaliação final tem os contributos da auto-avaliação e da hetero-avaliação (enfermeiro orientador e professor). A classificação final será da responsabilidade do professor.

Nota: Se o estudante apresentar comportamentos/atitudes de falta de respeito e/ou desonestidade e/ou alterações de comportamento que ponham em risco a sua capacidade de decisão e/ou em risco a saúde e o bem-estar do cliente, o ensino clínico fica suspenso até decisão do Presidente da ESEL.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

ARNOLD, E. & BOGGS, K. U. - *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. USA: Elsevier Science*, 2003.

BARROS, L. - *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI, 2003.

BEHRMAN, R. [et al.] - *Nelson : Tratado de pediatria* . 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

BOWDEN, V. R. & GREENBERG, C. S. - *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e a alimentação: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 136p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e a disciplina: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 124p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e a disciplina: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 124p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e o choro: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 80p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e o sono: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 92p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *Compreender a agressividade na criança: o método Brazelton*. Lisboa,Editorial Presença, 2006, 136p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *Compreender as relações entre irmãos: o método Brazelton*. Lisboa,Editorial Presença, 2005, 132p.

BRAZELTON, T. B. & GREENSPAN, S. L. – *A Criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem.* Lisboa. Editorial Presença, 2002.

BRAZELTON, T. BERRY ; SPARROW, JOSHUA D - *A criança dos 3 aos 6 anos : o desenvolvimento emocional e do comportamento.* 2ª ed. Queluz de Baixo : Presença,. 447 p. . (2004). ISBN 972-23-3018-7

CASEY, A. & MOBBS, S. - Partnership in practice. *Nursing Times*. 84: 44 (Nov. 1988) 67-68.
CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *CIPE. Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular normativo nº 22*/DSCS/DPCD, 17/10/08

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa nacional de vacinação* (Orientações Técnicas n.º 10), Lisboa, DGS, 2006

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de actuação* (orientações técnicas nº12) 2ª Edição, Lisboa 2005,48p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Orientações para a operacionalização do módulo de vacinação SINUS*. "Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários – Circular Normativa N.º 04/DT", Lisboa, 31/03/03, 3 p.

FONSECA, A. - *Guia dos direitos da criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 1990.
GOTTLIEB, L. & FEELEY, N. - *The collaborative partnership approach to care. A delicate balance*. Canada: Elsevier Mosby, 2005.

HAGAN JF, SHAW JS, DUNCAN PM, eds. - *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* Third Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008. Disponivel em http://www.brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html

HANSON, S. - *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

HOCKENBERRY, M; WILSON, D - *Wong's: Nursing care of infants and children*. 8ªEdition. New York: Mosby Elsevier, 2007.

JORGE, A. M. - *Família e hospitalização da criança: (Re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.

MATTINGLY, C. - Réflexions narratives sur l'agir professionnel. Deux expériences d'apprentissage en narration réflexive In SCHÖN, D. - *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal: Les éditions logiques, Coll. Formation des Maîtres, 1996.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. & FELDMAN, R.D. - *O mundo da criança.* Lisboa: McGrawHill, 2001.

PARÉ, A. - *Le journal, instrument d'intégrité personnelle et professionnelle*. Québec : Le Centre d'intégration de la personne de Québec, 1987.

RILEY. J. - *Comunicação em enfermagem.* 4.ª Ed. Lusociência: Loures, 2000

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DA CRIANÇA E DO JOVEM

GUIA ORIENTADOR

(SAÚDE INFANTIL)

2009-2010

Unidade Curricular: Ensino Clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem

Língua de Instrução: Português **Créditos ECTS:** 8 **Carga Horária Total**[1]**:** 216h

Regime: Obrigatório

INTRODUÇÃO

Nos séculos XX e XXI, as mudanças no perfil dos indicadores de morbilidade e mortalidade resultantes do controle de doenças transmissíveis, da emergência de doenças crónicas, dos distúrbios de comportamento, dos acidentes, assim como da transição demográfica, foram amplamente apontadas como determinantes das transformações nas políticas de saúde e, consequentemente, nas práticas.

As novas tendências nos cuidados de saúde à população pediátrica, orientam-se para a manutenção da saúde, a prevenção da doença e/ou recuperação de forma atraumática. Os cuidados atraumáticos caracterizam-se por eliminar ou minimizar o sofrimento. Preconizam-se que as crianças sejam apreciadas ao nível evolutivo, ou seja, com base nas aquisições feitas e na motivação para desenvolver as suas capacidades de acordo com as suas potencialidades. A filosofia dos cuidados de enfermagem em pediatria inclui, ainda, dois aspectos: a prestação de Cuidados Centrados na Família, que atribui à família/pessoas significativas a possibilidade de decisão, a continuidade do exercício do papel parental e os cuidados prestados de forma a assegurar a personalização, a continuidade e a coordenação.

O Plano Nacional de Saúde constitui-se como um "fio condutor" para que se possa assegurar ou contribuir para a obtenção de ganhos em saúde orientados para a promoção da saúde e prevenção da doença, resultando em "mais saúde para todos os portugueses".

A formação dos enfermeiros de hoje responde a múltiplos desafios e contribui para o desenvolvimento de profissionais interessados, informados, intervenientes,

[1] Horas de Contacto - 146h ; Orientação Tutorial -16h; Horas de Trabalho Autónomo – 54h

com uma forte consciência ética – relativamente a si, aos outros e ao próprio mundo – capazes de reflectir, decidir, agir, criar, valorizando a condição humana.

Da consciência destas exigências emerge a procura de novas lógicas orientadoras das práticas formativas em enfermagem, que aproximem, ou melhor, insiram os processos de aprendizagem nos contextos, em que aquilo que se aprende é realizado, é vivido, ou seja, nos contextos em que os cuidados de enfermagem se praticam, se concretizam.

Acreditando nestes pressupostos, a ESEL tem desenvolvido um trabalho de parceria com Serviços de Saúde, através de diferentes actores – Professores e Enfermeiros – que unem esforços no sentido de uma acção reflectida comum, concreta e negociada, capaz de fomentar dinâmicas de formação que valorizem as práticas como contextos de produção de saberes.

Os ensinos clínicos constituem assim um espaço privilegiado de concretização do trabalho de parceria e da formação dos estudantes. Neste pressuposto, desejamos construir e sedimentar uma dinâmica de articulação de forma a transformar a colaboração pontual numa verdadeira colaboração entre a ESEL e as instituições, entre professores e enfermeiros da prática, visando não só a consecução da aprendizagem em contexto de cuidados e a socialização dos estudantes no meio profissional, mas também, a criação de um espaço de diálogo, discussão, investigação e cooperação efectiva.

A orientação dos estudantes ao longo do ensino clínico privilegia a reflexão e a discussão em torno de situações específicas de aprendizagem na prática, entre estudantes, docentes e enfermeiros. Perante estes pressupostos é fundamental que todos os actores tenham conhecimento do plano de estudos e da sua organização curricular (anexo I).

Este documento explicita os seguintes aspectos do Ensino clínico de Enfermagem da Criança e do Jovem:

- A finalidade, os objectivos e o programa

- As competências que se pretende que os estudantes adquiram
- A metodologia utilizada
- O papel do professor, do enfermeiro orientador e do estudante
- Os processos de orientação e avaliação

FINALIDADE

"Capacitar o estudante para a avaliação dos fenómenos do crescimento e desenvolvimento e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde, da criança e do jovem, no seu contexto familiar e social" (Plano de Estudos ESEL p.30).

OBJECTIVOS

- Fundamentar os cuidados de enfermagem numa filosofia de cuidados atraumáticos e centrados na família.
- Apreciar as características biológicas e de desenvolvimento da criança e do jovem no seu contexto social e familiar.
- Mobilizar estratégias de comunicação adaptadas às características do desenvolvimento da criança e do jovem.
- Desenvolver estratégias de comunicação e negociação promotoras da parceria de cuidados com a Família.
- Identificar as necessidades e os problemas de saúde da criança e do jovem.
- Planear os cuidados de enfermagem em função da singularidade do sujeito de cuidados.
- Implementar os cuidados de enfermagem utilizando estratégias aos três níveis de prevenção.
- Avaliar a resposta da criança e do jovem aos cuidados de enfermagem.
- Reflectir sobre a dimensão ética dos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem.

PROGRAMA

- Observação dos cuidados de enfermagem a crianças em situação de vigilância de saúde infantil.
- Treino, com supervisão, do julgamento clínico e da tomada de decisão sobre as necessidades de cuidados de enfermagem: apreciação, identificação, planeamento, implementação, avaliação e registo.
- Desenvolvimento de um contexto relacional inerente à prática de cuidados, mobilizando técnicas de comunicação específicas, propício à promoção do bem-estar e alívio do sofrimento da criança, jovem e família.
- Utilização dos princípios da prática baseada na evidência.

COMPETÊNCIAS

DESENVOLVIMENTO PESSOAL, CULTURAL, SOCIAL E ÉTICO	DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TÉCNICO	DESENVOLVIMENTO INSTRUMENTAL
Assume os compromissos éticos e legais da profissão Respeita a diversidade da pessoa Conhece o âmbito das suas funções e competências, solicitando ajuda, quando necessário Interage com a criança/o jovem/a família e outros Trabalha em equipa inter ou intra-profissional, favorecendo um clima de cooperação Promove a imagem da profissão de enfermagem e participa no seu desenvolvimento Assume a responsabilidade pela sua aprendizagem.	Conhece aprofundadamente as teorias, os métodos, as técnicas e os instrumentos especificamente requeridos no exercício da prática clínica Desenvolve e aplica princípios, conhecimentos, modelos, métodos e técnicas para desenvolver o bem-estar e saúde Toma decisões fundamentadas na resolução de problemas de saúde Analisa diferentes contextos, identificando as necessidades e os recursos Presta e gere cuidados de enfermagem, aos três níveis de prevenção Participa na formação de pares e outros profissionais	Mobiliza os conhecimentos e integra-os na prática Utiliza a investigação como meio para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e sua família Selecciona e organiza a informação adequada à prestação de cuidados Diagnostica a situação de saúde/doença da criança/do jovem e da sua família através de uma avaliação sistemática da mesma Selecciona e utiliza estratégias de educação para a saúde adequadas à criança/ ao jovem e suas famílias Analisa e crítica reflexivamente a sua prática.

5

METODOLOGIA

O Ensino Clínico decorre durante cinco semanas em Saúde Infantil. O número de horas semanal de trabalho do estudante em média é de 40 horas, das quais 24 são em prática clínica (presenciais), 3 de orientação tutorial e 13 de trabalho autónomo para pesquisa, estudo e outras actividades necessárias à aprendizagem (Cronograma - anexo II).

Durante o período em que os estudantes realizam o Ensino Clínico, são integrados nas equipas de cuidados nas actividades que envolvem a saúde da criança e do jovem. Cada estudante fica sob orientação de um enfermeiro e de um professor. Na fase inicial o estudante deverá prestar cuidados a crianças/jovens e suas famílias com situações de menor complexidade e progressivamente ir aumentando de acordo com o seu desenvolvimento.

A supervisão clínica dos estudantes assenta num modelo de formação reflexivo, que privilegia as seguintes actividades pedagógicas:

1- Planeamento, execução, registo e análise de uma consulta

Para planear a consulta de enfermagem é necessário que o estudante colha dados acerca da criança ou do jovem e da família. Nesse plano deve incluir a observação física e do comportamento do utente, a entrevista e a orientação a fazer à criança ou jovem e aos pais, em função da idade e das suas necessidades – nas dimensões fisiológica, psicológica, socio-cultural, espiritual e de desenvolvimento, de acordo com os referentes teóricos – partindo dos dados disponíveis e da validação que terá de fazer na própria consulta para avaliar da sua pertinência, sem esquecer a marcação da próxima consulta.

O registo e a avaliação são inerentes a todas as consultas. Estes pressupõem a análise do que se passou, em função do planeado, tendo em conta a continuidade da vigilância de saúde para o desenvolvimento holístico saudável.

O planeamento, execução, registo e análise da consulta deverá ser elaborada segundo o modelo teórico de Betty Neuman (individual) a entregar na data pré estabelecida com o professor responsável.

2- Actividade de Educação para a Saúde

Os estudantes planeiam, executam e avaliam, uma actividade de educação para a Saúde a um grupo de crianças e/ou adolescentes e/ou pais, cuja temática deverá estar de acordo com as necessidades da população alvo. A fundamentação e o planeamento da actividade serão apresentados por escrito antes da sua realização.

3- Jornal de Aprendizagem (semanal)

O jornal de aprendizagem constitui um instrumento escrito do estudante ao longo do ensino clínico, que se debruça sobre as situações vividas na prática de cuidados, estando inscrito no processo da aprendizagem reflexiva, inspirado no ciclo reflexivo de *Gibbs*. O estudante descreve e interpreta a sua prática. Porque envolve a escrita, permite ao seu autor distanciar-se da situação e reflectir sobre ela. Um relato torna-se uma prática reflectida (MATTINGLY, 1991), requerendo reapropriação da experiência, o que facilita a tomada de consciência e a mudança na *acção* (anexo III).

No sentido de potencializar o processo de aprendizagem do estudante, a equipa pedagógica dispõe do espaço da Plataforma de e-learning *Blackboard*.

Nesse espaço estarão disponíveis:

- Informações relacionadas com aspectos logísticos da UC
- Fórum de discussão de temas ou tópicos.
- *Chat*
- Sala de aulas virtual
- Possibilidade de criação de grupos com correio electrónico integrado

A utilização deste espaço poderá ser negociada entre o professor, o enfermeiro orientador e os estudantes em função das necessidades particulares a cada situação

ATRIBUIÇÕES DOS FORMADORES

São atribuições do Enfermeiro Orientador (EO)

- Antes de iniciar o Ensino Clínico reunir com o professor para a sua preparação.
- Seleccionar, em colaboração com o professor e estudante, experiências que contribuam para o desenvolvimento das competências definidas para este ensino clínico.
- Proporcionar ao estudante um clima favorável à aprendizagem e aquisição/desenvolvimento das competências.
- Orientar, supervisionar e dar suporte ao estudante nos cuidados à criança, ao jovem e suas famílias de acordo com a sua necessidade de aprendizagem.
- Validar a tomada de decisão clínica do estudante, o planeamento, a realização e a avaliação dos cuidados que presta, assegurando-se da fundamentação subjacente.
- Colaborar na avaliação do estudante com o professor, não só nos momentos formais, mas também, ao longo de toda a experiência.

São atribuições do Professor (P)

- Antes de iniciar o Ensino Clínico reunir com as equipas orientadores e chefia dos Centros de Saúde para a sua preparação.
- Orientar/supervisionar o estudante de acordo com as suas necessidades.
- Orientar o estudante no espaço de Ensino Clínico, na escola ou noutros locais, de acordo com a sua necessidade de aprendizagem.
- Analisar com o estudante as suas facilidades/dificuldades, promovendo um clima favorável à sua formação.
- Analisar com o estudante o jornal de aprendizagem, de modo a promover a reflexão e estimular o pensamento crítico.

- Orientar o processo de avaliação formativa e sumativa na qual participam o Enfermeiro Orientador e o Estudante.

AVALIAÇÃO

O ensino clínico é objecto de avaliação contínua, preconizando-se que a avaliação englobe a dimensão formativa e sumativa. Com a dimensão formativa pretende-se criar momentos e espaços reflexivos que privilegiem a tomada de consciência do percurso desenvolvido e dos aspectos a desenvolver. A dimensão formativa da avaliação é realizada sensivelmente a meio do período de ensino clínico, devendo para o efeito ser feito registo da apreciação com base no instrumento de avaliação (anexo IV).

A avaliação sumativa tem lugar no final do ensino clínico e baseia-se no instrumento de avaliação da unidade curricular. Podem, para além desta, coexistir momentos formais de avaliação que o professor ou o enfermeiro orientador entendam ser necessários. O estudante faz a auto-avaliação e regista-a. O enfermeiro orientador e o professor fazem a avaliação sumativa e registam-na, sendo esta fundamentada no resultado das capacidades e competências desenvolvidas pelo estudante, podendo ser reprovado ou aprovado face aos resultados da aprendizagem preconizados. A apreciação do estudante aprovado é qualitativa e situa-se nos parâmetros suficiente, bom, muito bom e excelente.

A avaliação final tem os contributos da auto-avaliação e da hetero-avaliação (enfermeiro orientador e professor). A classificação final será da responsabilidade do professor.

Nota: Se o estudante apresentar comportamentos/atitudes de falta de respeito e/ou desonestidade e/ou alterações de comportamento que ponham em risco a sua capacidade de decisão e/ou em risco a saúde e o bem-estar do cliente, o ensino clínico fica suspenso até decisão do Presidente da ESEL.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

ARNOLD, E. & BOGGS, K. U. - *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses. USA: Elsevier Science*, 2003.

BARROS, L. - *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI, 2003.

BEHRMAN, R. [et al.] - *Nelson : Tratado de pediatria* . 14ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.

BOWDEN, V. R. & GREENBERG, C. S. - *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e a alimentação: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 136p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e a disciplina: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 124p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e a disciplina: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 124p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e o choro: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 80p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *A criança e o sono: o método Brazelton*. Lisboa, Editorial Presença, 2004, 92p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *Compreender a agressividade na criança: o método Brazelton*. Lisboa,Editorial Presença, 2006, 136p.

BRAZELTON, T; SPARROW, J. – *Compreender as relações entre irmãos: o método Brazelton*. Lisboa,Editorial Presença, 2005, 132p.

BRAZELTON, T. B. & GREENSPAN, S. L. – *A Criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem.* Lisboa. Editorial Presença, 2002.

BRAZELTON, T. BERRY ; SPARROW, JOSHUA D - *A criança dos 3 aos 6 anos : o desenvolvimento emocional e do comportamento.* 2ª ed. Queluz de Baixo : Presença,. 447 p. . (2004). ISBN 972-23-3018-7

CASEY, A. & MOBBS, S. - Partnership in practice. *Nursing Times*. 84: 44 (Nov. 1988) 67-68.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - *CIPE. Versão 1: classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Circular normativa nº 22*/DSCS/DPCD, 17/10/08

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Programa nacional de vacinação* (Orientações Técnicas n.º 10), Lisboa, DGS, 2006

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – *Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de actuação* (orientações técnicas nº12) 2ª Edição, Lisboa 2005,48p.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE –*Orientações para a operacionalização do módulo de vacinação SINUS*. "Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários – Circular Normativa N.º 04/DT", Lisboa, 31/03/03, 3 p.

FONSECA, A. - *Guia dos direitos da criança*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança, 1990.

GOTTLIEB, L. & FEELEY, N. - *The collaborative partnership approach to care. A delicate balance*. Canada: Elsevier Mosby, 2005.

HAGAN JF, SHAW JS, DUNCAN PM, eds. - *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents,* Third Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008.
http://www.brightfutures.aap.org/3rd_Edition_Guidelines_and_Pocket_Guide.html

HANSON, S. - *Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação*. 2.ª ed. Loures: Lusociência, 2004.

HOCKENBERRY, M; WILSON, D - *Wong's: Nursing care of infants and children*. 8ªEdition. New York: Mosby Elsevier, 2007.

JORGE, A. M. - *Família e hospitalização da criança: (Re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.

MATTINGLY, C. - Réflexions narratives sur l'agir professionnel. Deux expériences

d'apprentissage en narration réflexive In SCHÖN, D. - *Le tournant réflexif. Pratiques éducatives et études de cas*. Montréal: Les éditions logiques, Coll. Formation des Maîtres, 1996.

PAPALIA, D.E., OLDS, S.W. & FELDMAN, R.D. - *O mundo da criança*. Lisboa: McGrawHill, 2001.

PARÉ, A. - *Le journal, instrument d'intégrité personnelle et professionnelle*. Québec : Le Centre d'intégration de la personne de Québec, 1987.

RILEY. J. - *Comunicação em enfermagem*. 4.ª Ed. Lusociência: Loures, 2000

9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

3º Ano / 2º Semestre

ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE DA MULHER

GUIA ORIENTADOR

Regente da UC:

[redacted]

Equipa Pedagógica:

[redacted]

LISBOA

2009/2010

INTRODUÇÃO

Este documento tem a intuito de constituir um guia de orientação para a realização do Ensino Clínico Enfermagem de Saúde da Mulher e facilitar a integração, orientação e avaliação dos estudantes.

Visa também ajudar os estudantes e as equipas de enfermagem, a organizarem-se no sentido de tornar este período favorável ao desenvolvimento de competências, à realização de novas aprendizagens e aplicação em contexto real dos conteúdos teóricos leccionados no semestre anterior.

Segundo o Plano de Estudos ao Ensino Clínico Enfermagem de Saúde da Mulher estão atribuídas 216 horas a que correspondem 8 ECTS; deste número de horas, estão previstas 147 horas de contacto sendo 140h em EC e 7h em seminário.

FINALIDADES DO ENSINO CLÍNICO

Pretende-se que os estudantes desenvolvam competências relacionadas com desenvolvimento pessoal, cultural, social e ético, bem como as científicas, técnicas e instrumentais necessárias à prestação de cuidados de enfermagem à mulher, grávida, puérpera, recém-nascido e família, em situação de hospitalização ou na comunidade, numa perspectiva holística, tendo em consideração as fases de crise que estas situações podem gerar a nível pessoal ou familiar.

COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

Assim, nesta UC do 3º ano do 2ºsemestre, espera-se que o estudante desenvolva as seguintes **competências** específicas:

- Avalie a dimensão ética subjacente aos processos de cuidados de enfermagem, implicando outros cuidadores e outros profissionais;
- Adopte comportamentos de respeito pelas crenças e valores do Outro;
- Identifique os seus recursos como ajuda para a pessoa que cuida e para os outros cuidadores;
- Interprete o sentido da enfermagem, enquanto disciplina na sua prática, tendo como referencial teórico modelos de enfermagem;
- Demonstre capacidade de escuta activa;
- Demonstre comportamento assertivo, diferenciando os papéis dos diferentes membros da equipe de saúde, projectando uma imagem positiva da profissão e autoavaliando-se;
- Mobilize diferentes tipos de saberes/recursos e os integre na prática;
- Seleccione e organize informação adequada à prestação de cuidados;
- Recolha dados a partir da informalidade e espontaneidade do Outro;
- Diagnostique a situação de saúde/doença do cliente face a uma avaliação sistemática da mesma;
- Avalie a situação de cuidados do cliente que interfira no prognóstico;
- Faça o prognóstico da evolução do cliente em função dos cuidados de saúde;
- Presta cuidados de enfermagem de prevenção primária, secundária e terciária;
- Seleccione e utilize estratégias de educação para a saúde adequadas ao cliente;
- Planeie em função das necessidades de um grupo-alvo;
- Seleccione modelos de intervenção e técnicas adequadas a prestação de cuidados;
- Avalia as intervenções de enfermagem e os seus resultados
- Analise crítica e reflexivamente a sua prática, reconsiderando e revendo a sua opinião;
- Respeita os princípios ético-deontológicos enquanto estudante de enfermagem

METODOLOGIA

O ensino clínico (EC) tem a duração de cinco semanas e decorrerá ao longo do 2º semestre, de 22 de Fevereiro a 2 de Julho de 2010.

O Ensino Clínico tem uma carga horária de 216 horas a realizar em 5 semanas, sendo cerca de 70% das horas de contacto e 30% de trabalho autónomo.

Das horas de contacto os estudantes realizarão cerca de 28 horas semanais em contexto hospitalar ou da comunidade, num total de 140 horas.

Nas horas de trabalho autónomo, inclui-se o seminário (7 horas) ou outras actividades a serem definidas oportunamente.

Os estudantes encontram-se distribuídos por três grupos:

1º Grupo: 22 de Fevereiro a 26 de Março

2º Grupo: 19 de Abril a 21 de Maio

3º Grupo: 31 de Maio a 2 de Julho

A orientação da aprendizagem será feita conjuntamente pelos professores da escola e pelos orientadores dos locais de estágio.

O limite de faltas encontra-se devidamente regulamentado, devendo o estudante comunicar, as faltas ou trocas de horário ao professor e ao enfermeiro orientador.

Durante este ensino clínico, os estudantes serão integrados na equipe do orientador.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER

Durante o Ensino Clínico os alunos realizarão um portfólio das actividades realizadas tendo em consideração as competências desenvolvidas.

As actividades desenvolvidas por cada um dos estudantes não têm que ser necessariamente iguais, embora todas tenham como finalidade o desenvolvimento das competências atrás mencionadas. Tal como os utente, cada estudante como ser único, tem competências à partida diferentes dos seus homólogos e também necessidades de formação específicas. Deste modo, foram planeadas algumas actividades neste EC, diferentes de contexto para contexto e às quais se podem adicionar ou substituir outras, caso se verifique essa necessidade.

As referidas actividades planeadas para o Ensino Clínico Enfermagem de Saúde da Mulher foram:

- Observação das actividades realizadas pelo enfermeiro generalista nos diversos contextos de actuação;
- Planeamento, execução e avaliação de consultas de Planeamento Familiar e de Saúde Materna;
- Planeamento, execução e avaliação de Visitas Domiciliárias;
- A prestação de cuidados de enfermagem globais utilizando a metodologia do Processo de Enfermagem;
- Elaboração de registos de acolhimento (históricos), evolução e de continuidade de cuidados;
- Apresentação escrita de um estudo de caso de uma utente e família, até ao máximo de 20 páginas;
- Apresentar pelo menos dois(2) Diários de Aprendizagem(DA): um sobre a semana de observação nos diversos serviços e a outra sobre uma experiência significativa de aprendizagem.

Pretende-se um trabalho com o envolvimento dos três agentes implicados no processo de formação - aprendizagem.

- **O ESTUDANTE**

- Desenvolvimento das actividades preconizadas
- Análise e discussão das situações vividas

- Realização de pelo menos dois (2) diários de aprendizagem (DA),
-Portfólio das actividades desenvolvidas (de acordo com o respectivo guia de orientação), entregue impreterivelmente no último dia de Ensino Clínico.

- **O ORIENTADOR DO ENSINO CLÍNICO (OL)**

- Integração do estudante
- Orientação na realização das actividades
- Análise e discussão das situações vividas
- Avaliação das actividades desenvolvidas

- **O DOCENTE ORIENTADOR (DO)**

- Orientação do estudante na elaboração dos trabalhos e na realização das actividades
- Análise e discussão das situações vividas
- Avaliação e classificação das actividades desenvolvidas

AVALIAÇÃO

A avaliação será contínua, efectuada de acordo com as competências definidas.

Os critérios a utilizar constam do instrumento de avaliação (ANEXO I).

Deverá haver pelo menos dois momentos formais de avaliação: uma formativa e uma sumativa. As respectivas datas deverão ser acordadas entre os intervenientes.

O estudante fará a sua auto-avaliação preenchendo a folha de avaliação, tendo em conta os indicadores mencionados para cada objectivo. Esta avaliação será discutida com os outros intervenientes, enfermeiro orientador e docente, sendo atribuída ao estudante uma nota qualitativa.

Contribuem para a avaliação qualitativa:

a) Auto-avaliação do estudante;
b) Avaliação de orientadores do local de estágio;
c) Avaliação do docente.

É da responsabilidade do docente atribuir a classificação final quantitativa.

A avaliação final terá por base as seguintes ponderações:

- Avaliação do Ensino Clínico – 60%
- Portfolio – 40%

Classificações Finais: [1]

- 10 a 13 valores – Suficiente;
- 14 e 15 valores – Bom;
- 16 e 17 valores – Muito Bom;
- 18 a 20 valores – Excelente

NOTA: sendo a **honestidade** uma característica essencial do enfermeiro, a sua falta comprovada é eliminatória.

[1] Segundo Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º

ANEXO I

FOLHA DE AVALIAÇÃO

ANEXO I

9º CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ENSINO CLÍNICO
ENFERMAGEM DE SAÚDE DA MULHER

LOCAL DO ENSINO CLÍNICO _____

DATAS: INÍCIO_____ FIM _____

ESTUDANTE _____

ENFERMEIRO ORIENTADOR _____

DOCENTE ORIENTADOR _____

ASSINATURAS

	Avaliação Formativa Data ___/___/___	Avaliação Formativa Data ___/___/___	Avaliação Sumativa Data ___/___/___
Estudante			
Enfermeiro Orientador			
Docente Orientador			

CLASSIFICAÇÃO FINAL_____

Estudante: _____

Competências	Docente				
Nível Atingido / Indicadores para Avaliação	Insuf.	Sufi ciente	Bom	Muito Bom	Exce lente
1. Integração/ socialização ao contexto da prática clínica:					
2. (Re)conhece as funções e competências do enfermeiro generalista em diferentes contextos clínicos					
3. Selecciona, organiza e transmite a informação adequada à prestação de cuidados					
4. **Demonstra competência científica na prestação de cuidados de enfermagem à mulher/casal/família, utilizando o processo de enfermagem (metodologia cientifica)**					
5. Desenvolvimento de atitude pessoal e profissional responsável e autónoma					

Apreciação Global:

O DOCENTE: _____ Data: _____ /_____/_____

9º CLE
AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO EM ENSINO CLÍNICO
ENFERMAGEM DE SAÚDE DA MULHER

FORMATIVA ☐
SUMATIVA ☐

ESTUDANTE: _____

DATA:_____/_____/_____	Estudante					Orientador				
COMPETÊNCIAS										
Nível Atingido / **Indicadores para Avaliação**	Insuf.	Sufi	Bom	Muito Bom	Excelent	Insuf.	Sufi	Bom	Muito Bom	Excelent
1. Integração/ socialização ao contexto da prática clínica: • Identifica a dinâmica e os recursos do serviço; • Identifica a articulação do serviço com os restantes serviços da instituição e da comunidade; • Demonstra capacidade de adaptação e inserção no grupo profissional e na equipa multidisciplinar • Desenvolve a capacidade de trabalhar em equipe										
2. (Re)conhece as funções e competências do enfermeiro generalista em diferentes contextos clínicos Capacidade de observação, análise e descrição do papel do enfermeiro generalista em consultas pré-natais, serviços de internamento de grávidas e puérperas, bloco de partos, nomeadamente: • Acolhimento • Comunicação com a mulher/casal/família • Recursos físicos e humanos • Necessidades da mulher durante o trabalho de parto e a forma como são satisfeitas; • Reacção à vida extra-uterina do RN; • Cuidados imediatos ao RN; • Medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor; • registos										
3. Selecciona, organiza e transmite a informação adequada à prestação de cuidados Capacidade de comunicação e transmissão de informação pertinente e adequada, contribuindo para a promoção de saúde dos clientes (adolescentes, mulher/casal, grávidas, puérperas e RN): • Transmite informação aos clientes individualmente e em grupo, sobre cuidados de saúde relativos saúde sexual e reprodutiva: planeamento familiar, gravidez, parto, puerpério e cuidados ao RN; • Transmite oralmente e por escrito as informações necessárias à prestação, actualização e continuidade dos cuidados.										

4. Demonstra competência científica na prestação de cuidados de enfermagem à mulher/casal/família, utilizando o processo de enfermagem (metodologia cientifica): • Estabelece uma relação empática com a mulher e família; • Faz uma colheita de dados sistemática, pertinente e utilizando todas as fontes e técnicas ao seu alcance (consulta de processo clínico, entrevista, observação da mulher/casal/família (…); • Identifica os problemas e necessidades da mulher/casal/família; • Estabelece prioridades de intervenção relativamente aos problemas e necessidades identificados; • Formula objectivos/resultados esperados; • Planeia as intervenções de enfermagem individualizadas à mulher/casal/família; • Executa as intervenções de enfermagem planeadas visando a autonomia da díade/tríade; • Avalia as intervenções de enfermagem realizadas tendo em conta os problemas/necessidades identificados e os objectivos traçados;										
5. Desenvolvimento de atitude pessoal e profissional responsável e autónomo: • Desenvolve uma atitude positiva perante a aprendizagem (demonstra interesse, faz pesquisa bibliográfica, documenta-se e questiona a equipa sobre questões que desconhece, aproveita as oportunidades de aprendizagem), mobiliza e aprofunda conhecimentos científicos de acordo com as situações, transfere e aplica os conhecimentos teóricos nas situações de prática clínica; • Desenvolve as capacidades de autonomia, de negociação e de tomada de decisão face às necessidades de cuidados; • Desenvolve uma atitude de profissional de enfermagem adoptando uma linguagem e postura adequada, cuidando da aparência física, sendo pontual e assíduo e respeitando as normas sociais e as da instituição, as hierarquias, os professores e as opiniões dos membros da equipe de saúde; • Desenvolve a capacidade de auto-avaliação, reflectindo sobre o seu percurso, analisando o seu desempenho considerando aspectos científicos, relacionais , éticos e deontológicos, reconhecendo as suas capacidades e limitações, solicitando ajuda quando necessário, reagindo adequadamente à orientação e à crítica.										

Observações:

Classificações Finais: [1] 10 a 13 valores – Suficiente; 14 e 15 valores – Bom; 16 e 17 valores – Muito Bom; 18 a 20 valores – Excelente

1) Segundo Dec-Lei nº 42/2005 de 22 de Fevereiro Artº 17º

NOTA: sendo a **honestidade** uma característica essencial do enfermeiro, a sua falta comprovada é eliminatória.

9º CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ANO LECTIVO 2009-2010

Programa da Unidade Curricular Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

REGENTE: [redacted]

DOCENTES: [redacted]

1 – INTRODUÇÃO

"A ESEL considera os ensinos clínicos […] como espaços de formação onde o estudante se confronta com a realidade profissional, que lhe permitem aprender, comunicar e interagir com diferentes públicos constituídos por especialistas e não especialistas, investigar e questionar-se. Nestes espaços de formação, docente e enfermeiro orientador do local de estágio, em parceria, orientam o trabalho do estudante ajudando a perspectivar, desenvolvendo atitudes de reflexão e avaliando resultados no contexto da experiência (Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, p.10).

A Unidade Curricular **Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica** concorre, a par com outras unidades curriculares, para a integração de diferentes saberes nas suas diversas componentes do saber científico, ético, pessoal, estético e político. Neste sentido, o estudante mobiliza toda a aprendizagem adquirida ao longo da vida no desenvolvimento progressivo das suas capacidades de resolução de problemas concretos, apoiados na selecção e interpretação de informação relevante e ensaios de tomada de decisão fundamentados em juízos profissionais.

Este documento destina-se assim, aos actores envolvidos no processo de aprendizagem – estudantes, orientadores clínicos e docentes – e suporta-se no reconhecimento, de que o estudante é competente para construir e concretizar um projecto de aprendizagem, que se inscreva no seu próprio projecto de curso, deste modo favorecendo o desenvolvimento de hábitos que lhe permitam ser o principal actor da sua aprendizagem.

2- FINALIDADE

A Unidade Curricular Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é semestral, desenvolve-se durante o 2º Semestre do 3º Ano e, segundo o Plano de Estudos em vigor, tem como

finalidade "*Capacitar o estudante para a compreensão dos fenómenos de saúde/doença mental e para a promoção, manutenção e melhoria da saúde mental da pessoa, no seu meio familiar e nos serviços de saúde*." Assim, o estudante terá oportunidade de desenvolver esta experiência pedagógica com pessoas a viverem situações de saúde e doença mental aguda ou crónica, contribuindo para a sua reconstituição (adaptação aos stressores do ambiente interno e externo), através do desenvolvimento de intervenções de enfermagem entendidas enquanto acções intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Estas intervenções baseiam-se nos objectivos e resultados antecipados, no grau de reacção do cliente aos factores de stress e nos seus recursos (Neuman, 2004).

Partindo do perfil de **COMPETÊNCIAS** dos licenciados em enfermagem pela ESEL, pretende-se com esta UC contribuir, para o desenvolvimento das seguintes competências:

I. Eixo Desenvolvimento pessoal, cultural, social e ético

– Assume os compromissos éticos e legais da profissão;
– Reconhece as suas crenças e valores e o modo como podem influenciar o seu exercício profissional e, reconhece e respeita a diversidade cultural;
– Conhece o âmbito das suas funções e competências solicitando ajuda, quando necessário;
– Interage com o cliente [a viver uma situação de saúde e doença mental] /outros;
– Trabalha em equipa inter ou intra-profissional, favorecendo um clima de cooperação;
– Promove a imagem da profissão de enfermagem e participa no seu desenvolvimento;
– Assume a responsabilidade pela sua aprendizagem ao longo da vida.

II. Eixo Desenvolvimento científico e técnico

– Conhece aprofundadamente as teorias, os métodos, as técnicas e os instrumento especificamente requeridos no exercício da actividade profissional.
– Desenvolve e aplica princípios, conhecimentos, modelos, métodos e técnicas para desenvolver o bem-estar e saúde do cliente [a viver uma situação de saúde e doença mental].
– Toma decisões fundamentadas na resolução de problemas de saúde [vivenciados pelas pessoas em situações de saúde e doença mental].
– Analisa diferentes contextos [Associações e Serviços de Saúde Mental, hospitalares ou comunitários] em que exerce a sua actividade profissional, identificando recursos e insuficiências.
– Conhece os métodos, as técnicas e os instrumentos requeridos pela investigação [incorpora os resultados da investigação na sua prática clínica].

– Conhece os métodos, as técnicas e os instrumentos requeridos pela formação [revê regularmente a sua prática].

– Conhece os métodos, as técnicas e os instrumentos requeridos pela gestão [que mobiliza na sua prática clínica e para o desenvolvimento do seu projecto de aprendizagem].

III. Eixo Desenvolvimento instrumental

– Mobiliza diferentes tipos de saberes/recursos [relacionados com os cuidados a pessoas a viverem situações de saúde e doença mental aguda ou crónica, no seu meio familiar ou nos serviços de saúde] e integra-os na sua actividade profissional.

– Selecciona e organiza informação adequada à prestação de cuidados [a pessoas a viverem situações de saúde e doença mental].

– Diagnostica a situação de saúde/doença [mental] do cliente face a uma avaliação sistemática da mesma.

– Presta e gere cuidados de enfermagem [a pessoas a viverem situações de saúde e doença mental], aos três níveis de prevenção, seleccionando e utilizando modelos de análise.

– Selecciona e utiliza estratégias de educação para a saúde adequadas ao cliente [a viver uma situação de saúde e doença mental].

– Analisa crítica e reflexivamente a sua prática de estudante

– Participa na coordenação de grupos entre pares

– Participa na formação de pares e outros profissionais

3- RESULTADOS DA APRENDIZAGEM

São definidos, em articulação com as competências atrás enunciadas, os seguintes resultados a atingir ao longo do **Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica**:

– Demonstrar crescente efectividade no uso de atitudes e técnicas de relacionamento terapêutico;

– Desenvolver capacidades ao nível do processo de concepção de cuidados de enfermagem à pessoa a viver uma situação de saúde e doença mental (avaliação diagnóstica);

– Desenvolver capacidades de prescrição e implementação de intervenções terapêuticas, designadamente de promoção do conforto e auto-cuidado, facilitadoras da comunicação, educativas e de gestão da crise;

– Apreciar criticamente as políticas e orientações no âmbito dos cuidados de saúde mental, com base nas dificuldades e problemas com que se confrontam as pessoas [e as suas famílias], a viverem situações de saúde e doença mental aguda ou crónica;

– Discutir os desafios que se colocam à profissão numa óptica de promoção da qualidade dos cuidados.

Estes resultados constituem um referencial global para o desenvolvimento do Projecto de Aprendizagem individual de cada estudante.

4- CARGA HORÁRIA, DURAÇÃO E CONTEXTOS DE REALIZAÇÃO

A CARGA HORÁRIA preconizada para esta UC, a que correspondem 8 ECTS, é de 216 horas, mas no presente ano a carga efectiva é de 196 horas, assim distribuídas:

	H. Previstas	**H. Efectivas**
Horas de contacto	**162**	**140**
Estágio	156	132
Seminário	6	6
Horas de trabalho do estudante	**54**	**54**
TOTAL	**216**	**196**

As horas de contacto incluem a actividade pedagógica Estágio, com variações de 24 a 30 horas semanais e, a actividade pedagógica Seminário relativa a actividades por grupos de formandos com o docente responsável pelo Ensino Clínico, em data e modalidade a definir com este.

O limite de faltas é de 15% do número de horas de contacto.

A Unidade Curricular **Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica** terá a duração de 5 semanas, que decorrerão para o Grupo 1, de 22 de Fevereiro a 26 de Março, para o Grupo 2, de 19 Abril a 21 Maio e para o Grupo 3, de 31 Maio a 2 Julho.

Os contextos de realização abrangem um conjunto de Associações e Serviços de Saúde Mental, de cariz hospitalar ou comunitário, dirigidos a crianças e jovens, adultos e idosos a viverem processos de saúde/ doença mental.

5- METODOLOGIA

ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA

A orientação pedagógica dos estudantes desenvolve-se em parceria entre docentes da ESEL, neste âmbito designados de Orientadores da Escola (OE) e, enfermeiros de referência, os Orientadores Clínicos (OC) que exercem a sua actividade profissional nos diversos contextos de realização do Ensino Clinico, destacados pela chefia do serviço ou da instituição.

De acordo com o número de horas de contacto estabelecidas para esta Unidade Curricular, o estudante acompanha o seu Orientador Clínico nos horários de trabalho deste. Assim, serão realizados turnos de manhã e tarde e, em situações excepcionais, noite, em calendário a combinar com o enfermeiro responsável de cada serviço. Na ausência pontual do Orientador Clínico, o estudante sabe quem é o enfermeiro que o secunda.

As actividades englobam, entre outros, a gestão e prestação directa de cuidados e momentos de orientação pedagógica sustentada na análise, partilha e reflexão sobre as práticas privilegiando-se os momentos de participação conjunta dos actores envolvidos no processo de aprendizagem – estudantes, orientadores clínicos e orientadores da escola –, bem como o recurso a estratégias que favoreçam a continuidade do diálogo entre estes actores.

A gestão e prestação directa de cuidados prevê uma abordagem centrada no cliente, ou seja, na identificação dos problemas de saúde por este vivenciados, sustentada na selecção e interpretação de informação relevante e no planeamento e desenvolvimento de intervenções de enfermagem susceptíveis de ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a sua estabilidade.

Não obstante, o processo de atribuição de clientes carece de adaptação às especificidades (grupo alvo dos cuidados, modelo de intervenção preconizado pela equipa…) de cada contexto onde decorre o ensino clínico. O que importa evitar é o funcionamento do estudante no cumprimento de tarefas. Tal não significa que não sejam aproveitadas as experiências que o estudante beneficia ali experimentar. Privilegia-se a aprendizagem reflexiva.

O estudante, numa perspectiva de trabalho em equipa e de cooperação intra e inter-profissional, participa nas diferentes actividades formativas, de gestão e clínicas, nomeadamente:

- Reuniões de equipa, clínicas, de cariz terapêutico e formativas;
- Actividades de grupo com finalidade terapêutica (educativas, expressivas, de relaxamento e outras).

RESPONSABILIZAÇÃO DO ESTUDANTE PELA SUA APRENDIZAGEM

Constituem-se condições para a realização da presente Unidade Curricular:

– Conhecer a filosofia e missão da organização e equipa de saúde, assim como as características da população-alvo e os recursos comunitários disponíveis;

– Elaborar o projecto de aprendizagem ao longo da primeira semana e discuti-lo com o Orientador Clínico (OC) e com o Orientador da Escola (OE) no início da segunda semana. Este documento constitui-se um instrumento regulador da aprendizagem pelo que será mobilizado ao longo do EC, particularmente nos momentos de avaliação formativa e somativa (Doc. Orientações PA);

– Gerir e prestar cuidados de enfermagem a partir da segunda semana inclusive, numa abordagem centrada no cliente, sob a supervisão do orientador clínico;

– Participar, numa perspectiva de trabalho em equipa e de cooperação intra e inter-profissional, nas actividades formativas, de gestão e clínicas e outras que ocorrem no contexto de ensino clínico;

– Planear as intervenções de enfermagem dirigidas aos clientes com base num plano de cuidados de enfermagem. Um "plano" (redigido cf. Doc. Orientações PC), entregue ao orientador da escola no final do EC, destina-se à avaliação final (ponderação de 20%). As datas de entrega são as seguintes: Grupo 1 até ao dia 29 de Março 2010, Grupo 2 até ao dia 24 de Maio de 2010 e Grupo 3 até ao dia 5 de Julho de 2010;

– Registar regularmente situações significativas para a sua aprendizagem – Diário de Aprendizagem. Sendo que o registo de uma situação será entregue e discutido com os orientadores clínico e da escola nas 2ª, 3ª e 4ª semana de EC, salvaguardando-se a possibilidade de, em função das necessidades de aprendizagem específicas de cada estudante, ser solicitados mais registos para análise. (Doc. Orientações DA);

– Acompanhar o Orientador Clínico nos horários de trabalho, negociando com o enfermeiro responsável o calendário a efectuar, o qual disponibiliza ao orientador da Escola. Na ausência pontual do Orientador Clínico, saber quem é o enfermeiro que o secunda;

– Fazer o registo diário da sua presença em estágio e caso não possa comparecer, informar os orientadores.

PAPEL DO ORIENTADOR CLÍNICO

– Acolher o estudante de modo a facilitar a sua integração na instituição e nas equipas intra e inter-profissional.

– Orientar o estudante na elaboração do seu projecto de aprendizagem e participar na discussão e desenvolvimento do mesmo.

– Orientar o estudante na gestão e prestação dos cuidados de enfermagem com base numa abordagem centrada no cliente.

– Analisar regularmente os desempenhos e os diários de aprendizagem do estudante, com vista à auto e hetero monitorização do processo de aprendizagem.

– Estimular o estudante a reflectir no que faz, porque faz, como faz, ao mesmo tempo que toma consciência das emoções e sentimentos gerados nas diferentes situações que vivencia.

– Participar nos momentos de avaliação formativa (3ª semana de Ensino Clínico) e somativa.

PAPEL DO ORIENTADOR DA ESCOLA

– Dar suporte ao orientador clínico no desempenho do seu papel.

– Orientar e acompanhar o estudante no desenvolvimento do seu projecto de aprendizagem.

– Participar na discussão do projecto de aprendizagem, nos momentos de avaliação formativa e somativa.

– Analisar semanalmente com o estudante e orientador clínico situações de aprendizagem.

– Orientar e avaliar os trabalhos desenvolvidos pelo estudante.

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

– A avaliação da aprendizagem é contínua, com base numa grelha de avaliação organizada segundo os eixos de desenvolvimento de competências englobando itens de vários domínios, envolve a participação do estudante e orientadores (escola e clínico) e tem em consideração a progressão do estudante ao longo da prática clínica e a aquisição e desenvolvimento de competências preconizadas para este estádio da formação inicial.

– A avaliação somativa centra-se nos seguintes elementos:

- Prática Clínica (80%)
- Plano de Cuidados (20%)

– Determinam-se como níveis mínimos a atingir para os quais o estudante não poderá obter globalmente uma "classificação" inferior a suficiente, os decorrentes das capacidades de relacionamento interpessoal, de respeito pelos princípios ético-legais, das capacidades técnicas, das capacidades de apreciação/diagnóstico, das capacidades de planeamento e das capacidades de execução de intervenções terapêuticas.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ensino Clínico de ESMP – 3º Ano, 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

ANO LECTIVO 2009/2010

DOCUMENTO ORIENTADOR [redacted]

Projecto de Aprendizagem

NOTA INTRODUTÓRIA

A aprendizagem sustentada em projectos insere-se no modelo progressista de Jonh Dewey inscrito no paradigma construtivista, segundo o qual, a aprendizagem deverá utilizar os "instintos naturais" do estudante para aprender (Delisle, 2000)[1]. Esta abordagem educacional assenta nos seguintes pressupostos: a) o experimentalismo; b) o apelo ao interesse do estudante; c) a preocupação de ligar a educação a objectivos pragmáticos e práticos; d) o reconhecimento de diferenças individuais no ritmo de aprendizagem (Evensem & Hmmelo, 2000)[2].

Deste modo, o projecto de aprendizagem suporta-se no reconhecimento de que o estudante é competente para construir e concretizar o seu próprio percurso de aprendizagem, inscrito no seu projecto de curso, profissional e pessoal. Favorecem-se assim, o desenvolvimento de hábitos que permitem ao estudante ser o actor principal da sua aprendizagem, sem prejuízo do desenvolvimento de competências e capacidades previamente definidas no Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

ELABORAÇÃO DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM

A elaboração do projecto de aprendizagem tem como finalidade promover a capacidade do estudante em mobilizar objectivos de aprendizagem, no sentido da resolução de problemas concretos em contexto de prestação de cuidados à pessoa, família e comunidade, em situação de saúde e doença mental. Na concepção de Evensem & Hmmelo (2000) «problema» é entendido "enquanto diferença entre uma situação que existe e uma outra situação desejada".

Neste sentido, não saber qualquer coisa e querer aprendê-la pode ser considerado um problema. Podemos dizer que há problemas para os quais se procuram respostas (problemas intelectuais, de conhecimento, de curiosidade) e problemas para os quais se procuram soluções (problemas de saúde, sociais, relacionais, organizacionais, etc.). Nesta perspectiva, o projecto de prendizagem deverá:

- incluir estas duas dimensões da problematização, enquadradas de forma pertinente;
- constituir ocasião para desenvolver novas aprendizagens, capacidades e competências;
- ter uma ligação ao contexto do Ensino Clínico;

- ser exequível com o tempo, pessoas e recursos disponíveis ou acessíveis.

No Quadro 1 apresentamos uma sugestão para organizar o projecto de aprendizagem. Este deverá assentar nos três eixos de competências definidos no Plano de Estudos: a) eixo relativo ao desenvolvimento pessoal, cultural, social e ético; b) eixo relativo ao desenvolvimento científico e técnico; e c) eixo relativo ao desenvolvimento instrumental.

NOTA FINAL

Não devemos, contudo, esquecer que neste tipo de abordagem pedagógica o processo pode ser tanto ou mais importante que o produto final.

[1]Delisle R. (2000). Como realizar a aprendizagem baseada em problemas. Colecção cadernos do CRIAP. Lisboa: Edições Asa.

[2]Evensem H. & Hmmelo E. (2000). Problem-based learning: A research perspective on learning interactions. London: Lawrence Erlbaum Associates.

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ensino Clínico de ESMP – 3º Ano, 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

ANO LECTIVO 2009/2010

DOCUMENTO ORIENTADOR [redacted]

Diario de Aprendizagem [1]

NOTA INTRODUTÓRIA

O diário de aprendizagem é acima de tudo um instrumento de reflexão e registo de situações vividas em contexto prático, constituindo por isso um espaço narrativo de pensamentos e sentimentos, centrados no acto de cuidar, na pessoa cuidada e na pessoa do cuidador. Deste modo, é possível ao profissional reflexivo, (re)avaliar permanentemente as suas intervenções, tentando compreender com essa experiência, o impacto que as suas acções têm no Outro e em Si (cuidador). Não se trata da aquisição do conhecimento declarativo (i.e, aquele que vem nos livros) mas antes de produção de significados para as situações reais com que o enfermeiro se confronta diariamente na sua prática. Naturalmente, para tal, o profissional reflexivo recorre ao conhecimento declarativo para melhor sustentar as suas análises, mas transforma-o, integrando-o na sua própria experiência pela atribuição de um significado próprio. Desta forma, adquirem-se aprendizagens significativas (no fundo são aquelas aprendizagens que nunca mais se esquecem). Este modelo de aprendizagem inspira-se no paradigma construtivista, que assenta na ideia de que o estudante constrói activamente o seu próprio conhecimento.

ELABORAÇÃO DO DIÁRIO DE APRENDIZAGEM

Para facilitar o processo de reflexão segue-se, tradicionalmente, o Ciclo Reflexivo de Gibs (CRG) que é constituído pelas seguintes etapas (desenvolvidas ou não por esta ordem):

1- Descrição - *o que aconteceu?*
2- Pensamentos e Sentimentos – *o que estou a pensar e a sentir?*
3- Avaliação – *o que foi bom e mau nesta experiência?*
4- Análise – *que sentido(s) posso encontrar no que se passou?*
5- Conclusão – *o que fiz/não fiz e que mais poderia ter feito?*
6- Planear a acção – *o que irei fazer de futuro e/ou que contributos para o meu* desenvolvimento profissional futuro.....

É importante ter em conta que não se trata de uma descrição linear do que ocorreu. Neste, faz-se um apelo, tanto à experiência pessoal, como às fontes teóricas, para clarificar e melhor compreender as questões pessoais e/ou profissionais suscitadas na interacção com uma determinada situação ou fenómeno.

De um modo geral, estas situações ou fenómenos podem ser organizadas em três categorias, para as quais se destacam, a título de exemplo, alguns elementos de análise:

1. Visão global do ambiente clínico

- Filosofia dos cuidados;
- Influências ambientais nos cuidados;
- Organização dos cuidados;
- Aspectos multidisciplinares dos cuidados;
- Dias de experiências particulares;
- Obtenção de resultados de aprendizagem específicos.

2. Cuidados em acção

- Necessidades do paciente: fisiológicas, psicológicas, sociais, espirituais.
- Modelos de cuidados;
- Actividades de enfermagem e sua fundamentação;
- Habilidades e perícias de comunicação;
- Promoção da saúde;
- Envolvimento do paciente e/ou outros significativos.

3. Análise dos cuidados prestados

- A descrição;
- A fundamentação;
- A investigação de suporte aos cuidados;
- Reflexão pessoal sobre os cuidados fornecidos e os padrões de qualidade;
- Estratégias de melhoria e inovação das práticas de cuidados.

NOTA FINAL

Os diários de aprendizagem assegurarão, portanto, um portefólio das experiências de aprendizagem, ilustrando o desenvolvimento académico e profissional ao longo do curso e constituindo-se como um importante instrumento de avaliação formativa.

[1] Adaptado de: Bennett J. & Kingham M. (1993) Learning diaries in nurse education: a reflective approach in (Reed, J. & Proctor, S. Eds.) London: Edward Arnold. Traduzido por Anjo, L. (2005) (texto não publicado).

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ensino Clínico de ESMP – 3º Ano, 9º Curso de Licenciatura em Enfermagem

ANO LECTIVO 2009/2010

DOCUMENTO ORIENTADOR [redacted]

Plano de Cuidados

NOTA INTRODUTÓRIA

Segundo Barrett, Wilson & Woollands (2009) um plano de cuidados em enfermagem é um documento clínico que descreve os cuidados de enfermagem a serem prestados a um cliente, família e/ou comunidade. Para além do registo das intervenções de enfermagem, o plano de cuidados inclui cliente e a descrição dos resultados obtidos com a execução das intervenções. Assim, o plano de cuidados é um documento dinâmico, que orienta a prestação de cuidados e favorce a sua avaliação.

Como instrumento de aprendizagem, o plano de cuidados enquadra-se no paradigma da pedagogia construtivista, particularmente, no modelo de ensino-aprendizagem de problem based learning (PBL) em português designado deprendizagem baseada em problemas. Este modelo foi desenvolvido inicialmente em 1960 pelo professor Howard Borraws na escola de medicina da Universidade de McMaster e em diversas escolas de enfermagem do Canadá (Evensen & Hmmelo 2000). A investigação educacional em torno desta abordagem pedagógica demonstrou que, quando comparada com o ensino tradicional, a mesma favorece: o desenvolvimento da capacidade de autoaprendizagem; uma aquisição mais rápida da autonomia e do sentido de responsabilidade; uma aquisição aprofundada de competências sociais e comunicacionais; uma habilidade crescente na resolução de problemas inesperados; e uma maior aptidão para lidar com a incerteza (Evensem & Hmmelo, 2000; Delisle, 2000).

No Ensino Clínico de ESMP a experiência de realização (e concretização) de planos de cuidados a pessoas, famílias e comunidades em situação de doença mental, constitui-se um elemento fundamental do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências[1] (já iniciado pelo estudante noutros contextos) com vista à construção de uma prática clínica reflexiva.

Esta prática clínica reflexiva pressupõe um conhecimento progressivamente construído, por um lado através de um conhecimento aplicado a um processo de cuidados teoricamente aprendidos e por outro lado, por um conhecimento vivencial actualizado em cada novo contexto fruto das situações vividos. É nesta perspectiva que se situa o plano de cuidados, aqui entendido enquanto passagem à forma escrita do modo de como cada estudante se apropriou dos princípios acima referidos[2].

[1] Competência enquanto conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequado às circunstâncias (…) é a capacidade global da pessoa manifestada na acção e na situação (Isabel Alarcão, 2001, in Formação Reflexiva, pp. 53-54.

[2] O estudante deve ainda apoiar-se em todos os documentos orientadores da UC Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O plano de cuidados deverá ser elaborados de uma forma sintética, clara e objectiva (6-8 páginas), centrando-se exclusivamente no projecto de cuidados instituído para o cliente/família face à sua situação vivencial de saúde e doença mental. Neste sentido, não se pretende constituir como um trabalho

conceptual e teórico, porém, o estudante, deverá integrar no mesmo uma linguagem científica rigorosa, reveladora da apropriação dos conceitos fundamentais de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

Sugerimos que estruture o plano de cuidados em três partes essenciais:

1. Apresentação da pessoa-alvo dos cuidados de enfermagem

- No contexto da sua história de vida;
- No contexto da sua situação actual de necessidade de cuidados;
- Exame do seu estado mental;
- Identificação dos factores de stress e dos factores de reconstituição (recursos internos e externos), e eventualmente outros instrumentos de análise à luz da Modelo dos Sistemas de Neuman (1970).

2. Apresentação dos principais diagnósticos de enfermagem, com o respectivo plano de intervenção

- Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA)
- Intervenções terapêuticas de cuidados de enfermagem à pessoa e sua família (NIC)
- Avaliação dos resultados obtidos (NOC)

3. Considerações finais

- Identificação das dificuldades encontradas e de como foram ultrapassadas, se não foram ultrapassadas enuncia estratégias futuras com vista a tornar-se mas competente nos cuidados de enfermagem

Referências bibliográficas

Barrett D. Wilson B. & Woollands A. (2009). Care Planning: A Guide for Nurses. Toronto; Pearson Higher Education.

Delisle R. (2000). Como realizar a aprendizagem baseada em problemas. Colecção cadernos do CRIAP. Lisboa: Edições Asa.

Evensem H. & Hmmelo E. (2000). Problem based learning: A research perspective on learning interactions. London: Lawrence Erlbaum Associates.

ENSINO CLÍNICO

DE ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA

E DA FAMÍLIA

DOCUMENTO ORIENTADOR

4º Ano CLE

Ano lectivo 2009-2010

LISBOA

2009

SUMÁRIO

		pg
	INTRODUÇÃO	3
1	FINALIDADE E OBJECTIVOS	3
2	ORGANIZAÇÃO	5
2.1	SEMINÁRIO	6
2.2	AVALIAÇÃO	6
2.3	PROJECTOS DE MOBILIDADE	7
ANEXOS		
ANEXO I	CICLO DE REFLEXÃO DE GIBBS	8
ANEXO II	PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES	9
ANEXOIII	AVALIAÇÃO FORMATIVA E SUMATIVA	10
ANEXO IV	AVALIAÇÃO DO SEMINÁRIO	16

INTRODUÇÃO

Este documento pretende orientar todos os actores envolvidos no processo de aprendizagem dos estudantes, de forma a facilitar a aquisição e construção de um conjunto de competências durante o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Comunitária e da Família tendo em conta o Plano de Estudos. Visa explicitar a finalidade os objectivos da prática clínica, a organização e o processo de avaliação da aprendizagem dos estudantes.

A responsabilidade deste EC é do Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária, o qual decorre de 7 de Dezembro de 2009 a 12 de Fevereiro de 2010, para o seu desenvolvimento foram seleccionadas Centros de Saúde e outras Instituições de Saúde que garantam as condições necessárias à aprendizagem dos estudantes nesta etapa do curso.

1 – FINALIDADE E OBJECTIVOS

Pretendemos que o Ensino Clínico se constitua como um elemento privilegiado para a continuação do desenvolvimento do perfil de competências do licenciado em enfermagem pela ESEL, tendo como eixos centrais: **desenvolvimento pessoal, cultural, social e ético; desenvolvimento científico e técnico; desenvolvimento instrumental**.

Os eixos acima referidos fundamentam-se na apropriação de uma diversidade de saberes.

Para tal, considera-se essencial que cada estudante assuma a responsabilidade pela sua própria aprendizagem ou seja, que desenvolva os seus próprios saberes ligados à sua formação, nas dimensões do saber, saber-fazer e saber ser ou estar, de modo a traduzi-los na acção, interpretando e transferindo esses conhecimentos de situação para situação, tomando decisões cada vez mais autónomas; pretende-se, pois, que o estudante trabalhe conscientemente o "ser competente", aproveitando oportunidades e experiências, reflectindo sobre estas e orientando todas as actividades a partir da análise crítica de si e do contexto onde se desenvolve o EC.

Assim, e de acordo com o Plano de Estudos, foi traçada a seguinte finalidade para este Ensino Clínico:

Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem à família, grupos e comunidade, tendo em vista a sua autonomia na gestão dos processos de saúde e da doença.

Para dar resposta a esta finalidade propomos os seguintes objectivos:

- Compreender o papel do enfermeiro no contexto da saúde comunitária e da saúde pública.
- Analisar os contextos locais de prestação de cuidados na comunidade à família e saúde pública tendo em conta as funções dos enfermeiros.
- Intervir junto das famílias e grupos tendo por base o diagnóstico da situação de saúde numa perspectiva sistémica.
- Participar no desenvolvimento de acções ou projectos no âmbito da enfermagem comunitária e da saúde pública.
- Desenvolver a capacidade de tomada de decisão, na utilização de teorias, modelos, métodos, técnicas e instrumentos especificamente requeridos para a intervenção junto das famílias, grupos e comunidade.
- Compreender a importância do trabalho em equipa e o papel dos vários elementos que constituem a equipa de saúde pública, saúde comunitária e saúde familiar.
- Perspectivar o seu desenvolvimento como pessoa e como enfermeiro, identificando as suas potencialidades e necessidades de aprendizagem no contexto da intervenção na comunidade, na família e na saúde pública.

2. ORGANIZAÇÃO

Durante o EC que decore de 7 de Dezembro a 12 de Fevereiro, está previsto um Seminário com a duração de 21 horas que será integrado no cronograma. Assim, a intervenção na comunidade, com grupos e famílias vai decorrer de 10 de Dezembro a 5 de Fevereiro nos Centros de Saúde de vários ACES e noutras Organizações de Saúde

Para a resposta à finalidade e objectivos previstos, pretende-se, que, quer os estudantes quer as equipas dos locais da realização do ensino clínico possam organizar-se, de modo a torná-lo um espaço de formação que facilite um processo reflexivo de aprendizagem, baseado no "ciclo de reflexão Gibbs"[467](1) contribuindo para o desenvolvimento das competências para a prestação de cuidados de enfermagem à família, grupos e comunidade (anexo I).

Para tal, o ensino clínico deverá proporcionar ao estudante experiências de intervenção comunitária, a grupos e famílias tendo por base abordagens sistémicas.

Metodologia

O estudante é integrado nas equipas de enfermagem sob a orientação e supervisão directa de um enfermeiro, em articulação com um professor da Escola

- Cada estudante, de acordo com a finalidade e objectivos preconizados deverá apresentar ao docente e ao orientador de EC o planeamento semanal, bem como as actividades que se propõe desenvolver. (AnexoII)
- O planeamento das actividades, serve de referência, não só ao desenvolvimento da aprendizagem, como à orientação e avaliação formativa.
- As actividades a desenvolver devem ter em conta os contextos locais de prestação de cuidados na comunidade à família e saúde pública, assim como as funções do enfermeiro.
- A intervenção na comunidade a grupos e família tem por base o diagnóstico da situação de saúde.
- Durante o EC o estudante deve desenvolver **no mínimo o estudo de uma família e uma intervenção comunitária a grupos,** tendo por base os modelos teóricos (Betty Neuman e Calgary).

[467] REID,B (1994)- The mentor's experience- a personal perpective. In: PALMER, A –Reflective pratice in nursing. The grouth of the Professional practitioner. Oxford Blackwell S cientif Publications.

2.1 SEMINÁRIO

- O seminário integrado neste EC é iniciado no dia 2 de Novembro das 13 às 17 horas com uma conferência sobre *Avaliação da Intervenção familiar dos modelos à prática – experiência de uma USF do Porto,* e será concluído na semana de 8 a 12 de Fevereiro com a troca de experiências da aprendizagem desenvolvida em EC,

- A troca de experiências será realizada por grupos de estudantes (por ACES) nos dias 9; 10 e 11 de Fevereiro das 9 às 13 horas e das 14 às 16,30 min, organizada por grupos de estudantes.

- Os dias 7 e 9 de Dezembro são destinados a conferências sobre temáticas relacionadas com o EC.

- O dia 8 de Fevereiro é reservado para a preparação da apresentação do trabalho de grupo e o dia 12 de Fevereiro para a avaliação da unidade Curricular.

A apresentação dos grupos por ACES, terá a duração aproximada de 20 minutos tendo por base a reflexão e a análise do contexto onde decorreu o EC identificando os factores facilitadores e inibidores da aprendizagem dos estudantes e do papel do enfermeiro em intervenção comunitária e na família.

Como resultado do trabalho de grupo será apresentado ao Docente orientador do EC, até ao dia 12 de Fevereiro, uma síntese escrita fundamentada da apresentação em sala de aula.

O documento será elaborado de acordo com as normas para a elaboração de trabalhos escritos aceites pela Escola e terá o máximo de 10 folhas.

2.2 AVALIAÇÃO

A avaliação durante todo o processo é contínua (de carácter qualitativo) tem por base os objectivos definidos, a evolução do processo de aprendizagem e a auto avaliação do estudante. (Anexo III)

Haverá pelo menos uma avaliação formativa durante o EC.

A avaliação sumativa será em data a acordar, e deve ser discutida e partilhada pelos intervenientes no processo, tendo por base:

- Todas as aprendizagens desenvolvidas em contexto de intervenção junto da família grupos e comunidade assim como o planeamento semanal apresentado e devidamente fundamentado;
- Capacidade de argumentação, assim como os comportamentos demonstrados pelo estudante e os aspectos considerados na avaliação continua;
- A autoavaliação do estudante;
- Os pareceres e avaliações do orientador do EC e do professor da Escola.

A classificação final resulta:

- Da intervenção a famílias grupos e comunidade durante o EC (ponderação de 75%)
- Do seminário (ponderação de 25%)

O Seminário tem em conta a troca de experiências da aprendizagem desenvolvida durante o EC e a síntese escrita fundamentada (Anexo IV).

2.3 – Projectos Mobilidade

Para os estudantes que aderem aos projectos de mobilidade Programa de Aprendizagem ao Longo da Vida/ERASMUS; Programa Vasco da Gama; AMI. O EC decorre de decorre de 7 de Dezembro a 19 de Fevereiro de 2010 e devem apresentar uma reflexão intercalar e um relatório final de análise crítica do percurso de aprendizagem, ao docente orientador.

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ENSINO CLÍNICO

PROJECTO PESSOAL EM ENFERMAGEM CLÍNICA

DOCUMENTO ORIENTADOR

4º Ano

Coordenador da Unidade Curricular:

[redacted]

2009/2010

LISBOA

SUMÁRIO Pag

INTRODUÇÃO

1. **FINALIDADE E OBJECTIVOS** 3
2. **ORGANIZAÇÃO** 5
3. **AVALIAÇÃO** 6
4. **PROJECTOS DE MOBILIDADE** 6

ANEXO I. Cronograma do ECPPEC

ANEXO II. Ficha de avaliação do ECPPEC

ANEXO III. Projecto de Ensino Clínico

INTRODUÇÃO

Pretende-se que este documento sirva de orientação a todos os actores envolvidos no processo de aprendizagem, de forma a facilitar a aquisição e construção de um conjunto de competências durante o Ensino Clínico Projecto Pessoal em Enfermagem Clínica, tendo em conta o Plano de Estudos. Visa explicitar a finalidade os objectivos da prática clínica, a organização e o processo de avaliação da aprendizagem dos estudantes.

O Ensino Clínico constitui um momento privilegiado para a continuação do desenvolvimento do perfil de competências do licenciado em enfermagem pela ESEL, tendo como eixos centrais: **desenvolvimento pessoal, cultural, social e ético; desenvolvimento científico e técnico; desenvolvimento instrumental**.

Considera-se essencial que cada estudante assuma a responsabilidade pela sua própria aprendizagem ou seja, que desenvolva os seus próprios saberes ligados à sua formação, nas dimensões do saber, saber-fazer e saber ser ou estar, de modo a traduzi-los na acção, interpretando e transferindo esses conhecimentos de situação para situação, tomando decisões cada vez mais autónomas; pretende-se, pois, que o estudante trabalhe conscientemente o "ser competente", aproveitando oportunidades e experiências, reflectindo sobre estas e orientando todas as actividades a partir da análise crítica de si e do contexto onde se desenvolve o EC.

Salienta-se que o programa desta Unidade Curricular visa a prestação de cuidados de enfermagem, numa área de opção do estudante e, numa lógica de integração à vida profissional.

Pretende-se ainda que o estudante desenvolva o trabalho empírico de uma monografia, realizada no âmbito das UC PPEI e PPEII

O Ensino Clínico decorre de 22 de Fevereiro a 2 de Julho de 2010 com interrupção de 8 de Março a 9 de Abril, para a fase teórica do 2º semestre e férias do período da Páscoa.

Uma vez que as duas últimas semanas de Ensino Clínico serão de trabalho autónomo e para a UC de Análise das Situações de Enfermagem, o ensino clínico nos contextos da prática termina a 18 de Junho.

Os estudantes deverão realizar um horário de 32 horas por semana (correspondendo a 42 turnos em contexto hospitalar). Não é permitido que o estudante faça horário um superior a 8 horas/ dia, salvo em situações excepcionais, desde que previamente combinadas e autorizadas pelo docente orientador.

Para o seu desenvolvimento foram seleccionadas Instituições que garantam as condições necessárias à aprendizagem dos estudantes nesta etapa do curso.

1. FINALIDADE E OBJECTIVOS

. Assim, e de acordo com o Plano de Estudos, foi traçada a seguinte finalidade para este Ensino Clínico:

. Desenvolver competências para a prestação de cuidados numa área clínica da opção do estudante, utilizando a metodologia de trabalho de projecto e realizando uma monografia centrada no cuidado de enfermagem.

Para dar resposta a esta finalidade propomos os seguintes objectivos:

- Desenvolver capacidades de tomada de decisão, nomeadamente, no âmbito do raciocínio profissional;
- Perspectivar práticas inovadoras que incluam resultados de investigação;
- Prestar cuidados de enfermagem assentes no raciocínio e ética profissional;
- Desenvolver capacidades de reflexão das práticas clínicas sustentadas numa lógica investigativa;
- Agir na defesa da pessoa/ família/ grupos/ comunidade, promovendo o seu direito à auto-determinação, ao bem-estar e à equidade, mobilizando os recursos disponíveis;
- Intervir como educador junto da pessoa/ família/grupos/ comunidade e no seio da equipa que integra;
- Aprofundar a compreensão da importância e implicações do trabalho em equipa, do papel dos seus elementos, dos diferentes estilos de liderança e agir em conformidade;
- Analisar os problemas relativos à saúde e à profissão de enfermagem, como "profissional" e como cidadão, numa perspectiva sócio-política e ética;

- Perspectivar o seu próprio desenvolvimento como pessoa e como enfermeiro, exercendo a auto-crítica e valorizando a formação no contexto das práticas;

2. ORGANIZAÇÃO

Para a resposta à finalidade e objectivos previstos, pretende-se, que, quer os estudantes quer as equipas dos locais da realização do ensino clínico possam organizar-se, de modo a torná-lo um espaço de formação que facilite um processo reflexivo de aprendizagem contribuindo para o desenvolvimento das competências para a prestação de cuidados de enfermagem, à família, de acordo com o contexto em que for desenvolvido o ECPPEC

O estudante é integrado nas equipas de enfermagem sob a orientação e supervisão directa de um enfermeiro, em articulação com um professor da Escola

- O estudante desenvolve o EC preferencialmente num só contexto de práticas de enfermagem;
- O estudante elabora um projecto para o EC que serve de referência, não só o desenvolvimento da aprendizagem, como à orientação e avaliação;
- O estudante é directamente orientado por um enfermeiro do local de EC, efectuando o horário deste, e por um docente da escola;
- Consoante o contexto, os três actores implicados acordam entre si os momentos de orientação em que o docente está presente;
- Haverá, pelo menos, três momentos formais de orientação/ avaliação:

- Discussão do projecto do ECPPEC, do estudante;
- Avaliação formativa;
- Avaliação sumativa.

- As duas primeiras semanas de EC serão para o estudante conhecer o contexto em que irá desenvolver a sua aprendizagem e elaborar o projecto individual do ECPPEC, dedicando especial atenção às práticas em uso que mais se relacionam com o cuidado de enfermagem alvo da sua monografia

3. AVALIAÇÃO

A avaliação do ensino clínico será feita tendo por base o projecto de ECPPEC que o estudante se propõe desenvolver e os objectivos definidos pela escola.

Haverá sempre uma avaliação formativa (sensivelmente a meio do EC) e uma avaliação sumativa. Em casos considerados necessários por algum ou todos os actores do processo, poderá ocorrer mais do que uma avaliação formativa.
Para a avaliação são considerados os pareceres do estudante, do enfermeiro e docente orientadores.

Serão objecto de avaliação:

- As aprendizagens desenvolvidas em contexto de prestação de cuidados.

Para avaliação das aprendizagens, serão considerados os seguintes princípios:
- Respeito pelo cliente;
- Fundamentação das tomadas de decisão;
- Fundamentação das acções que realiza;
- Reflexibilidade;
- Autonomia (dentro dos limites do seu papel de estudante em transição para a vida profissional);
- Responsabilidade.

4. PROJECTOS DE MOBILIDADE

Os estudantes em mobilidade pelo Programa Erasmus desenvolvem as três primeiras semanas deste EC no estrangeiro. Desta forma as aprendizagens efectuadas neste período devem ser evidenciadas na 2ª etapa da elaboração do Projecto de Monografia a entregar a 26 de Março.