

SUPERVISÃO DE FUTUROS ENFERMEIROS NO ENSINO CLÍNICO NO SERVIÇO DE CIRURGIA

Maria Isabel Correia
Teresa Vilaça

Hospital de Braga
Universidade do Minho

isabel.correia@iol.pt
tvilaca@ie.uminho.pt

RESUMO: Este estudo insere-se no contexto da supervisão de futuros enfermeiros no ensino clínico, no serviço de cirurgia de uma unidade hospitalar, e teve como principais objetivos, entre outros: i) analisar a evolução das aprendizagens realizadas por alunos de enfermagem durante o estágio; ii) identificar as opiniões dos alunos sobre o processo de supervisão.

Neste estudo de natureza qualitativa, os dados foram recolhidos durante o processo de supervisão de seis alunos, através de observação participante e diários de sessões, elaborados pela supervisora, bem como através de semanários, portefólios da terapêutica e das patologias, estudo de caso, reflexão crítica no final do ensino clínico e grelhas de avaliação intercalar e final dos estagiários.

Os resultados obtidos mostraram que durante o ensino clínico os alunos foram interiorizando as orientações, reajustando os seus comportamentos e progredindo gradualmente no seu desempenho e desenvolvimento de competências. Também se observou que a relação supervisiva assentou num clima afetivo-relacional e cultural de entreajuda, abertura, cordialidade, empatia, autenticidade e motivação. Os resultados desta investigação mostraram que a prática e investigação sobre a supervisão, deverão ser aprofundadas no futuro para se promover um ensino clínico mais eficaz.

Introdução

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão está intrinsecamente ligado à evolução dos cuidados de saúde determinados pelo avanço técnico-científico da medicina, e à garantia dada pelo Estado da distribuição equitativa desses mesmos cuidados à população que deles necessita. Nesta perspetiva, os enfermeiros investiram na aquisição de conhecimentos teórico-práticos que sustentassem as suas práticas.

O Royal College of Nursing (2003) definiu a enfermagem como o uso do julgamento clínico para a disponibilização de cuidados de saúde de forma a melhorar, manter ou recuperar a saúde, adaptar-se aos problemas de saúde e facultar o melhor nível de qualidade de vida, sendo que esta perspetiva se alicerça em seis características definidoras da enfermagem:

Uma finalidade específica. O propósito é promover a saúde, a assistência, o

crescimento, o desenvolvimento e prevenir a doença, o mal-estar e as limitações das atividades de vida, devendo o enfermeiro diminuir o desconforto e o sofrimento, ajudando as pessoas a adaptar-se às novas limitações, ao tratamento ou às consequências deste, ou quando a morte for inevitável, o enfermeiro deverá proporcionar os níveis possíveis de qualidade de vida enquanto esta existir.

Uma forma particular de intervenção. As intervenções do enfermeiro devem ajudar as pessoas a manterem e conseguirem os melhores níveis de independência através de processos que incluem: a avaliação de necessidades; a prescrição de intervenções específicas; informação, educação e ajuda e suporte a nível físico, emocional e espiritual.

Um domínio particular. O domínio da ação do enfermeiro consiste nas respostas e experiências humanas em matéria de saúde a pessoas individualmente, às famílias ou à comunidade, podendo situar-se ao nível fisiológico, psicológico, social, cultural ou espiritual. Ou ainda em diferentes combinações entre estas.

Um foco determinado. O enfermeiro considera a pessoa e as respostas humanas no seu todo, e não apenas uma dimensão ou patologia em particular.

Um conjunto de valores. O enfermeiro respeita um conjunto de valores relacionados com a dignidade e autonomia humanas, personalização da relação e respeito pela vontade do utente.

Envolvimento em parcerias. Estabelecidas com os utentes, com os seus familiares e com outros profissionais da equipa de saúde multidisciplinar.

A Ordem dos Enfermeiros (2003) definiu, no Conselho de Enfermagem, as competências do enfermeiro de cuidados gerais, determinando que os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população e que estes têm um âmbito de atuação alargada, seja a nível individual ou dentro da comunidade. Além disso, sustentam-se numa relação interpessoal entre enfermeiro-pessoa ou enfermeiro-família/comunidade, relação esta que respeita as crenças e valores de cada um e abstêm-se de juízos de valor relativamente à pessoa utente dos cuidados de enfermagem. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares), isto é prescrições médicas, e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). No cumprimento da prescrição médica, o

enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação. No cumprimento da prescrição por ele elaborada, este assume a responsabilidade pela sua prescrição e pela implementação técnica da sua intervenção. Das mesmas linhas orientadoras do exercício profissional, realça-se que a tomada de decisão do enfermeiro que orienta a sua atuação, implica uma abordagem sistémica e sistemática. Efetivamente, é na tomada de decisão que o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa/família/comunidade, prescreve ou são prescritas as intervenções de enfermagem de forma a evitar riscos, prevenir potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas reais identificados. Por último, avalia e faz os reajustes necessários das suas intervenções. Importa salientar que a prestação dos cuidados de enfermagem é realizada com base em princípios do Código Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2009), como os princípios humanistas de respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões etc.

São várias as definições de supervisão em contexto clínico, no entanto, apesar de serem diferentes, não deixam de se complementar. O documento “A Vision for the Future” (National Health Service Management Executive, NHSME, 1993, cit. em Gago, 2008), descreve a supervisão em clínica como:

um processo formal de sustentação da prática, uma aprendizagem que permite aos profissionais desenvolver os conhecimentos, as competências e a consciência da responsabilidade da prática clínica, realçar a proteção do consumidor de cuidados e incrementar a segurança nas práticas em situações clínicas complexas. É central ao processo de aprendizagem e à expansão da prática e deve ser vista como meio de incentivar a autoavaliação e as competências analíticas e reflexivas. (p. 41)

No artigo 5º (ponto 3), da Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro, que aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem, estabelece-se que “o ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado”. De acordo com Abreu (2003), é neste sentido que tem toda a pertinência utilizar-se o conceito de “supervisão clínica em enfermagem”.

Método

Objetivos

Os objetivos do trabalho de investigação selecionados para apresentar nesta comunicação são os seguintes: i) analisar a evolução das aprendizagens realizadas por alunos de enfermagem durante o estágio; ii) identificar as opiniões dos alunos sobre o processo de supervisão.

Participantes

Este estudo foi realizado com a participação de seis alunos do 3º ano de enfermagem, um homem e cinco mulheres, com idades compreendidas entre os 21 e 34 anos, a realizar estágio de ensino clínico no serviço de cirurgia de um hospital.

Instrumentos

Embora no estudo mais alargado tenham sido utilizados vários métodos de recolha de dados, nomeadamente observação participante e diários de sessões, elaborados pela supervisora, bem como semanários, portefólios da terapêutica e das patologias, estudo de caso, reflexão crítica no final do ensino clínico e grelhas de avaliação intercalar e final pelos estagiários, os resultados que a seguir se apresentam resultam da análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos estagiários no final do estágio. Como instrumento final de recolha de dados optou-se por uma entrevista semiestruturada porque permitiu selecionar as temáticas que queria aprofundar, bem como introduzir novas questões úteis aos objetivos do estudo, e simultaneamente, atendendo à estrutura deste tipo de entrevista, foi possível conseguir um tratamento de dados mais sistematizado (Bogdan & Biklen, 1994).

Procedimentos

A entrevista, depois de validada, foi aplicada aos estagiários depois do seu estágio ter terminado e num local escolhido por eles. Maioritariamente realizaram-se no hospital. No início da entrevista explicou-se aos inquiridos os seus objetivos e anonimato, bem como o seu carácter voluntário e a garantia de que os estagiários que preferissem não realizar a entrevista não sofreriam qualquer sanção. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise de conteúdo resultou num

conjunto de categorias emergentes que serão acompanhadas ao longo do texto pela própria voz dos estagiários durante a entrevista, a que serão atribuídos nomes fictícios.

Resultados e Discussão

Primeiro contato com o contexto de estágio. Dos seis alunos, quatro explicaram que o primeiro contato com o contexto de estágio foi realizado com grande apreensão. Por exemplo, a Sofia disse: “no início senti medo, aquela angústia, mas depois de conhecer o serviço, fiquei menos renitente e ultrapassei esse medo”. O Hélder revelou que “foi um contacto completamente diferente do normal, porque estava habituado à sala de aula e deparar-me mesmo com o trabalho em si é bastante bom (...) foi uma coisa nova (...) e acho que foi aplicar o que aprendemos... isso é essencial e foi uma experiência nova”. Todos os alunos foram unânimes ao referir que a visita ao serviço no início do estágio contribuiu para que conhecessem a estrutura do serviço, identificassem a localização do material e do equipamento e a localização das áreas estratégicas do serviço como a farmácia, a sala de tratamento, as zonas de limpo/sujo, a arrecadação, os gabinetes médicos, de enfermagem e a secretária de unidade e copa. Para o Hélder, “ao visitar, já nos punham mais à vontade com o serviço, mostravam-nos os sítios das coisas... já tínhamos uns sinais de onde ficavam... já ficávamos mais descontraídos”. A Joana mostrou a mesma opinião, embora o seu discurso fosse mais concreto: “foram explicando a estrutura dos quartos, a farmácia, a sala de tratamentos, onde ficava o material e as outras coisas”. Três alunos consideraram que a visita inicial ao serviço permitiu ter alguma perceção da orgânica e da dinâmica da unidade de internamento: “começamos a conhecer o funcionamento do serviço, a autonomia de cada equipa, o que fazia a equipa de enfermagem, a equipa médica e de auxiliares” (Maria). Finalmente, de uma forma geral, os alunos consideraram que a visita inicial ao serviço, lhes deu a perceber o que é o ambiente hospitalar, a composição/papéis de cada equipa de profissionais e que de certa forma contribuiu para amenizar a ansiedade subjacente a um início de estágio.

Interação com os doentes. Numa primeira abordagem ao doente, todos os alunos explicaram que deve ser realizada a avaliação do estado geral do doente assim como a avaliação das suas capacidades psico-motoras para os cuidados de higiene e conforto. Estes dois critérios de avaliação, foram bem explicitados pela Karina:

Fiz a sua avaliação, idade, tipo de cirurgia...tirei a minha primeira impressão. Estava muito queixosa, muito apelativa, era uma doente que podia ajudar mais nos posicionamentos e não ajudava. Foi giro porque tive logo uma primeira doente assim exigente fisicamente, não facilitava naquilo que obrigasse da parte dela a algum esforço (Karina).

Quatro alunos consideraram que é importante ter previamente o conhecimento do diagnóstico e antecedentes médicos, como disse a Sofia: “vi qual era a patologia, os motivos pelo qual estava ali e os seus antecedentes, para depois poder trabalhar com ele”. Três alunos atenderam às preferências/solicitações do doente para os cuidados de higiene e conforto e a Maria referiu a esse propósito: “tentei construir um plano de cuidados adaptado ao tipo de cuidados que ele necessitava e conseguir uma ligação entre ambos para poder trabalhar com ele”.

A estratégia utilizada por todos os alunos para estabelecer as prioridades no cuidar de vários doentes, incidiram essencialmente no grau de dependência desses doentes e no grau de complexidade dos cuidados a prestar. O Hélder referiu: “tentei sempre ir primeiro aos mais necessitados, que precisavam de mais cuidados de ajuda no banho, que tinham um grau de dependência mais elevado, e logo a seguir ir aos mais independentes”. A Sofia, além de respeitar o grau de dependência dos seus doentes e o grau de complexidade dos cuidados a prestar, realçou o respeito pela individualização dos cuidados: “começava com os doentes a quem eu podia dar alguma assistência, para no fim ir aos doentes que exigiam mais cuidados. Nunca misturava as preocupações com os cuidados a dar aos vários doentes, quando estava com um doente, estava com um doente”. A Karina defendeu a mesma lógica: “orientava aqueles que eram independentes nas suas higiènes e depois ia tratar dos que estavam acamados e precisavam de ajuda”. O que sobressai nesta avaliação dos alunos para iniciar os cuidados a ter com vários doentes é o respeito pelo seu grau de dependência, no sentido de se orientarem primeiro para os doentes independentes, que apenas precisam de supervisão e depois para os doentes mais dependentes, deixando por último os doentes totalmente dependentes.

Este estudo também mostrou que todos os estagiários recolheram a informação necessária à prestação de cuidados ao doente, utilizando as diferentes estratégias previstas: modelo de avaliação inicial instituída no serviço (n=3); dados recolhidos através da informação dada pelo doente (n=5); dados recolhidos através da informação

dada pela família (n=3); dados fornecidos através da avaliação hemodinâmica/da avaliação das suas capacidades cognitivas e motoras (n=2); dados fornecidos através da passagem de turno (n=2); dados fornecidos através da consulta do processo clínico (n=2); dados fornecidos através da consulta do processo de enfermagem (n=1).

Outra fonte utilizada pelos estagiários foi o recurso à família do doente ou o recurso ao modelo de avaliação inicial em vigor no serviço. A Karina contou que “fazia a minha própria avaliação falando com o doente e com a família. Podia preencher a folha de avaliação inicial utilizada no serviço e elaborar o processo de enfermagem”.

A Marta partilhou a opinião da Karina referindo que “seguia a avaliação inicial do serviço, apresentava-me ao doente, questionava-o sobre os dados importantes. O doente e família eram as principais fontes de informação”. À colheita de dados inicial dois alunos acrescentaram a importância de registar os valores hemodinâmicos. Uma aluna referiu aproveitar a informação recolhida através da passagem do turno da noite para o turno da manhã e finalmente outras fontes de informação como o processo clínico e o processo de enfermagem também foram referenciados como necessários a uma boa colheita de dados. O Hélder era um desses alunos e referiu: “ia ver quais as intervenções escolhidas pelos enfermeiros e tentava depois em casa pesquisar e ver o que mais podia fazer”.

Durante a entrevista da Joana, esta referiu um aspeto essencial à prática profissional e que tem a ver com as competências do enfermeiro do ponto de vista ético. Efetivamente a aluna contou que “via o processo, falava com a família embora tivesse sempre o receio de dizer mais do que devia e dar informações que eles desconheciam. Não tínhamos esse direito. Falava com o doente mas sem ir ao pormenor... quando faço a colheita de dados procuro sempre não dar informação mas sim saber aquilo que o doente sabe, receber o máximo possível mas sem entrar muito por dentro”. A minha experiência como supervisora tem mostrado que este respeito pela confidencialidade e a segurança da informação, quer seja ela escrita ou oral, é sempre um aspeto pelo qual os alunos zelam com grande cuidado e profissionalismo. Durante o registo das suas aprendizagens e reflexão sobre a prática nos instrumentos de supervisão, os alunos tiveram os mesmos cuidados. No caso da elaboração dos semanários, das reflexões e dos estudos de caso, todos os alunos mostraram saber que a informação que colhem do seu doente não pode “sair as portas do hospital” e, neste sentido, têm sempre o cuidado

em recortar ou apagar a identificação dos documentos legais dos doentes que constam nos processos clínicos ou de enfermagem.

No ensino clínico de enfermagem no curso de licenciatura, todos os alunos, no meu entender e pela minha experiência profissional, estão muito envolvidos na procura da satisfação do doente, na procura da promoção da sua saúde e na procura do seu bem-estar e autocuidado. Segundo o Hélder, ele devia “Tentar sempre o bem-estar do doente e depois proporcionar com que ele fosse autónomo. Sentia dificuldade porque via que havia pessoas que não queriam muito ser autónomas... com calma, levei-as a fazer aquilo que eu queria”. Para o cumprimento dos enunciados descritivos que compõem os padrões de qualidade instituídos, Karina reiterou:

Tínhamos de utilizar os meios que eram disponibilizados, podiam não ser os ideais mas também não se notava grandes falhas que não nos permitisse providenciar os cuidados aos doentes. Os doentes sempre tiveram o que precisavam. Salvaguardamos a privacidade e a qualidade de vida deles e dos cuidados.

No que respeita à prevenção de complicações, à readaptação funcional ou à organização dos cuidados de enfermagem, e com base no enquadramento conceptual instituído pela Ordem dos Enfermeiros (2001), estes padrões implicam já um nível superior de conhecimento, que os alunos neste estágio de aprendizagem ainda não possuem e uma experiência já sustentada por vários anos de exercício profissional. Isto porque são englobados numa prática perspicaz, altamente competente e com um rigor científico e técnico que se adquire com a experiência e o saber profissional. Implicam um nível de responsabilização do enfermeiro pela sua tomada de decisão e pelos atos por ele praticados ou por ele delegados. No caso da readaptação funcional também exige um conhecimento mais específico e direcionado na área da educação para a saúde e cuidados pós-alta, com recurso às potencialidades existentes na comunidade. Num patamar ainda mais elevado, o padrão de qualidade referente à organização dos cuidados de enfermagem não está ao alcance do aluno nesta fase de aprendizagem. Cabe aos órgãos políticos e de gestão da Enfermagem providenciar os elementos necessários à concretização deste padrão de qualidade, nomeadamente no que se reporta à existência de um quadro de referências para o exercício profissional, à existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore as necessidades de cuidados, as respetivas intervenções e os resultados sensíveis a essas intervenções de enfermagem e ao ratio de

doentes por enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Neste padrão também é contemplada a formação contínua dos enfermeiros e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001). As informações acima referidas para estes últimos padrões de qualidade confirmam a falta de preparação e consciencialização dos alunos nesta matéria.

Constatou-se que todos os estagiários cumpriram rigorosamente a verificação da terapêutica com a prescrição médica, o nome do doente, a hora de administração, a dose e via de administração (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégias utilizadas no cumprimento da administração da terapêutica ao doente

Estratégias utilizadas	Total
Verificar a prescrição médica	5
Verificar o nome do doente	5
Verificar o número do quarto	1
Verificar a hora de administração	5
Verificar a dosagem terapêutica	5
Verificar a via de administração	5
Pedir confirmação da preparação ao enfermeiro	1
Pedir esclarecimentos no caso de dúvidas ou falta de conhecimento	1
Procurar o conhecimento sobre a terapêutica	1

Sendo o erro terapêutico algo que preocupa muito os alunos, estes estavam bastante alertas quanto a essa verificação. Assim, a Sofia, como todos os seus colegas, revelou que: “Tinha de perguntar ao doente o nome, confirmar o número do quarto, a hora, a dose, via de administração e qual o medicamento que ia administrar”. Quanto a pedir esclarecimentos no caso de dúvidas ou falta de conhecimento, a Joana, explicou: “Foi uma das primeiras indicações que nos deram no primeiro dia de estágio. Quando não se souber... perguntar, pesquisar. Não podia falhar nada na medicação”. Karina referiu quanto à preparação do fármaco que “nunca era feita sem a confirmação do enfermeiro responsável pelo doente ou do supervisor. Não tínhamos grande experiência na preparação de alguns fármacos que estávamos a dar”. O Hélder procurou adquirir mais conhecimento, explicando: “sentia-me um bocado perdido... nunca tinha presenciado uma terapêutica tão complicada como aquela... ia ver (...) quais as possibilidades de administrar aquele tipo de terapêutica”. É um facto, e todos os alunos referiram nas entrevistas, que a correlação entre a terapêutica administrada no pós-operatório ao doente com o tipo de intervenção a que foi submetido e/ou o seu estado de saúde inicial, só é possível se o conhecimento estiver presente.

Da mesma maneira, o tipo de cirurgia à qual foi sujeito o doente condiciona o tipo

de prescrição pós-operatória, como explicou a Maria: “No início não conseguia, mas ao longo do tempo fui desenvolvendo... tinha de pesquisar, estudar a patologia, associar a terapêutica e analgesia”. A Karina mostrou ter o mesmo tipo de procedimentos:

se não pesquisasse, não conseguia perceber o que estava a ser administrado... há medicamentos básicos, como as heparinas... e outros específicos a patologias e intervenções. Para os correlacionar tinha de saber o tipo de cirurgia.

O Hélder através dessa pesquisa acrescentou “Percebia o porquê daquele doente ter aquela medicação”. A Joana recorreu ao supervisor porque nem sempre conseguia fazer essa correlação, “mesmo consultando o processo, os antecedentes, a terapêutica do domicílio. Quando não sabia procurava saber”.

Todos os alunos mostraram que tinham consciência que para atuar devidamente perante uma situação, o enfermeiro tem que ter bem presente qual é o domínio das suas competências e qual o domínio das competências médicas. Assim, todos os alunos tinham noção da necessidade imperativa de conhecer a legislação do seu exercício profissional, embora demonstrassem uma dificuldade natural no início de formação. Deste modo, a Marta expressou na sua entrevista: “Vai com a prática. Nós, alunos não sabemos ainda bem distinguir a nossa área de atuação e a dos médicos. Por isso sentia dificuldade na atuação”. A Karina pensava da mesma maneira: “Aquelas situações mais comuns como uma algáliação... sabemos que são autónomas. Outra, a que não estava habituada, ou onde tivesse alguma dúvida, perguntava. O que implica administração de medicação normalmente precisa de prescrição médica”. O Hugo também mostrou ter esta ideia bem clara: “A medicação tinha que esperar pela prescrição médica. Tenho noção de que há atos que podemos fazer, que são da nossa autonomia e outros que são com prescrição”.

Quatro dos alunos entrevistados referenciaram que numa primeira avaliação da situação problemática devem ser triados os sintomas para atuar com autonomia ou com prescrição. A esse propósito, o Hugo explicou na identificação do globo vesical pós-operatório: “podíamos ver se tinha globo vesical, levar à casa de banho, colocar água a correr...”. A Sofia considerou: “podia reverter esse tipo de situação despistando os sintomas e executando os primeiros atos e só depois chamar o médico”, enquanto a Joana mostrou mais autonomia e conhecimento sobre qual era o seu papel: “identificava os sintomas, relacionava-os com os antecedentes e quando não soubesse responder ia

chamar o enfermeiro. Procuo atuar nas primeiras queixas e avaliar os sintomas. Se não conseguir resolver chamo o médico. Sei que há intervenções que posso iniciar”. Chamar o médico foi o recurso que três alunos consideraram no caso de não conseguirem resolver a situação ou depois terem esgotado as possibilidades de intervenções autónomas de enfermagem.

Todos os alunos entrevistados organizam os cuidados de higiene e conforto aos seus doentes, consoante o seu grau de dependência, indo do doente independente para o doente mais dependente. Conseguir a participação do doente nos cuidados de higiene e conforto respeitando as suas limitações, foi outra preocupação que os alunos mostraram. Todos tentaram planear/organizar/executar as intervenções adaptadas aos seus doentes conforme os diagnósticos de enfermagem levantados, zelando pelo seu bem-estar e fazendo a gestão do tempo, estabelecendo prioridades nos cuidados.

Opinião dos estagiários sobre o processo de supervisão. Todos os alunos reportaram nas suas entrevistas que este processo formativo é essencial para o seu desenvolvimento pessoal, porque os insere diretamente no contexto real da enfermagem e lhes permite crescer como seres humanos quando confrontados com várias situações (Tabela 2).

Tabela 2. Crenças nos contributos do processo formativo para o desenvolvimento pessoal

Crenças	Total
Confronto com a realidade profissional	5
Confronto com o sofrimento/dor/morte	4
Sentimento de ajuda e partilha da dor/sofrimento	2
Encarar a vida noutra perspectiva/ Aprender a relativizar as situações/positivismo	3
Aprender a relacionar-se com o doente/equipa multidisciplinar	1
Aquisição de bagagem experiencial para a integração à vida profissional	3
Confronto com a importância do papel/área de atuação do enfermeiro	2

A Sofia explicou a este propósito:

Cresci, comecei a ver enfermagem de outra maneira. Nunca tinha estado num hospital, nem neste tipo de serviço. É um mundo bem diferente. Enriqueci não só os conhecimentos teóricos mas práticos e psicológicos... Tornei-me uma pessoa mais atenta, mais responsável, senti que uma pequena falha pode mudar muita coisa, pode por uma pessoa em risco... Saí daqui mais humilde do que já era porque ver o sofrimento dessas pessoas e sentir que se pode ajudar é muito bom.

Quatro destes alunos identificaram como as situações que mais contribuíram para o seu desenvolvimento pessoal o confronto com a morte, a dor e o sofrimento. Confrontados com as mais variadas experiências, três alunos ainda referiram que estas experiências pelas quais passaram, fizeram com que encarassem a vida noutra

perspetiva e aprendessem a relativizar determinadas situações. Assim, o Hélder exprimiu na sua entrevista:

Vivi lá coisas que apesar de estar na área de enfermagem acho que eram inimagináveis. Sentir às vezes uma pessoa, um sorriso... enriquecia-me! Não tenho palavras para dizer o quão contente eu ficava só de ver o sorriso numa pessoa! Fez-me crescer muito como homem e fez-me olhar para a vida de forma diferente. Hoje estamos bem...a prestar cuidados, mas se calhar amanhã somos nós que estamos a receber esses cuidados e a tentar perceber que o que uma pessoa sente é muito importante. Fez-me ser melhor pessoa, olhar para a vida doutra forma, com mais positivismo e ser mais carinhoso. Fez-me mudar em todos os aspetos.

Outros três alunos também consideraram que estas experiências propiciavam já alguma bagagem para se integrarem na vida profissional, como relatou a Joana:

Cresci a nível formativo e técnico. Tive mais a perceção dessas técnicas confrontando-me com elas e exercitando-as. A nível pessoal, cresci no meio de pessoas diferentes. Com os doentes, criei uma relação diferente, contactei com os enfermeiros, com um trabalho diferente do centro de saúde. É um sem fim de experiências muito gratificantes ...dão para crescer em todos os aspetos. Dá uma boa preparação à vida profissional.

Esta aluna também atribuiu ao processo formativo um contributo nas relações interpessoais e intra-grupos profissionais. Dois alunos referiram o sentimento de ajuda e partilha da dor e do sofrimento que possibilita todo este processo formativo, numa ótica de crescimento pessoal e outros dois alunos constataram de facto a larga área de atuação que suporta a enfermagem. A Maria referiu: “Foi muito enriquecedor a nível pessoal, porque saí com um olhar diferente sobre a vida e a enfermagem. Não tinha muito a noção do papel do enfermeiro e do quão importante é esse papel a nível hospitalar”.

Opinião sobre as estratégias de supervisão. Todos os alunos entrevistados salientaram os contributos do “portefólio da terapêutica” para o devido cumprimento da prescrição médica, na medida em que lhes permitiu adquirir o conhecimento do fármaco no que respeita ao seu grupo de pertence, as suas principais indicações e contra-indicações, os seus principais efeitos secundários e a sua preparação (diluição, vias de administração e tempo de perfusão).

Todos os alunos entrevistados entenderam a redação do “semanário” (diário de bordo semanal) como uma estratégia de supervisão que lhes permitiu refletir sobre o seu desempenho na prática profissional e, ao mesmo tempo, sentirem-se livres e não

constrangidos para escrever todos os seus sentimentos, emoções ou simplesmente relatar situações que experienciaram. A maior parte destes alunos não gostaram de elaborar semanários, no entanto reconheceram-lhe potencialidades. Por exemplo, a Joana exprimiu: “Não gosto de semanários. No entanto foi bom fazê-lo porque permitia uma reflexão ou uma autoavaliação. Estando escrito dá para reler e refletir mais. (...) Não senti constrangimento ao escrevê-los porque eram feitos para se poder escrever tudo. O único constrangimento era nem sempre me lembrar de tudo para escrever”.

Quatro dos alunos, como a Sofia, explicaram nos seus semanários as dificuldades que foram sentindo no dia-a-dia do ensino clínico e quais foram as estratégias que utilizaram para as ultrapassar. Esta referiu:

Atribuí-lhe muita importância porque nos semanários conseguia descrever aquilo que de bom ou de mau me aconteceu durante a semana, e que, se calhar, falado frente a frente com a orientadora eu não conseguiria dizer. Demonstrava as minhas dificuldades, aquilo que eu tinha de ultrapassar, onde estava mais frágil. Foi um bem para mim. (...) Nunca senti qualquer tipo de constrangimento. Escrevia o que era relevante para mim. Tomava nota no dia-a-dia... por fim já não era tão preciso. Lembrava-me e escrevia”.

Dois alunos entrevistados eram de opinião que ao escrever o semanário, a supervisora poderia ler muito mais do que teria sido dito cara a cara e poderia potencializar a sua supervisão e despistar eventuais situações problemáticas, que em condições diferentes, provavelmente nunca seriam abordadas. Na sua opinião, o contacto visual foi sempre mais limitativo na expressão daquilo que está menos bem ou disfuncional. Assim a Maria explicou: “Demonstramos aquilo que fizemos no estágio e demonstramos aquilo que aprendemos e sabemos. Podemos dar-nos a conhecer ao supervisor porque no semanário não falamos só das técnicas, mas sim do que sentimos em determinadas situações e, assim, o supervisor acaba por nos conhecer melhor... acabamos por conseguir falar de tudo”.

Características da relação supervisiva. Constatou-se uma pluralidade de respostas quanto aos aspetos considerados essenciais na supervisora para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem (Tabela 3).

Tabela 3. Aspetos considerados essenciais no supervisor para motivar o interesse pela prática clínica

Aspetos essenciais no supervisor para motivar os estagiários	Total
A criação de um ambiente afetivo-relacional	5
Ser uma supervisora que exerça enfermagem no serviço onde decorre o estágio	1
Utilização de estratégias de supervisão promotoras da aquisição de conhecimento/interesse na área	3
Transparência/sinceridade e igualdade de oportunidades no processo de formação	3
Programar avaliações intercalares para possibilitar o melhoramento do desempenho	1
Flexibilidade/afabilidade com os erros cometidos	2
Respeito pelo espaço de atuação do aluno e tempo de aprendizagem	1
Incutir no aluno os princípios e valores básicos das técnicas e procedimentos	1
Relacionar a teoria à prática com criatividade sem desprezar as normas e os critérios subjacentes à prática	1
Zelar pelo não constrangimento do doente aos procedimentos e intervenções mais prolongadas e desconfortáveis	1

Os cinco alunos salientam que a criação de um ambiente afetivo-relacional foi primordial para motivar o interesse pela prática clínica e pelos conteúdos no processo de aprendizagem. A esse propósito, o Hélder referiu:

O bom ambiente que a supervisora cria é importantíssimo, porque se houver algum atrito, que até pode ser merecido no contexto, o aluno na sua posição fica retraído. Se a supervisora souber falar com calma, dizendo onde o aluno errou, com ponderação... o aluno interioriza mais e quando for fazer novamente o procedimento vai ter mais atenção, vai lembrar-se do que falou com a supervisora, vai saber como se faz e não vai cometer os mesmos erros. Se a tutora for ríspida, o aluno até evita fazer as coisas com receio de “levar nas orelhas”.

Outro aspeto que foi considerado por três alunos essencial existir na supervisora, foi a sua transparência, sinceridade e igualdade nas oportunidades que ofereceu aos alunos no seu processo de formação.

Conclusões

Para a maior parte destes alunos que estiveram em estágio clínico no serviço de cirurgia de um hospital, o primeiro contacto com o contexto de estágio foi realizado com grande apreensão. Os resultados deste estudo mostram que é recomendável fazer uma visita inicial ao serviço uma vez que na perceção destes alunos ela contribuiu para amenizar a ansiedade subjacente a um início de estágio e deu a perceber o que é o ambiente hospitalar e a composição/papéis de cada equipa de profissionais.

No estágio, todos os alunos utilizaram corretamente como estratégia para estabelecer as prioridades no cuidar de vários doentes, o respeito pelo grau de dependência, no sentido de orientarem primeiro para os doentes independentes, que apenas precisam de supervisão e depois para os doentes mais dependentes, deixando por último os doentes totalmente dependentes. Este estudo também mostrou que este estágio

capacitou os alunos para recolherem a informação necessária à prestação de cuidados ao doente, utilizando as diferentes estratégias previstas em enfermagem, e a desenvolverem uma ética de respeito pela confidencialidade e segurança da informação clínica, bem como de cuidado do doente e da família, quando necessário, tendo-se estes alunos mostrado muito comprometidos com a procura da satisfação do doente, a promoção da sua saúde e a procura do seu bem-estar e autocuidado. O erro terapêutico foi um dos aspetos que mais preocupou a maior parte destes alunos e que os levou a serem mais exigentes com o seu próprio conhecimento teórico, a situação clínica do doente e a pedir ajuda. Todos os alunos referiram a importância do conhecimento teórico para a sua capacidade de correlacionar a terapêutica administrada no pós-operatório ao doente com o tipo de intervenção a que foi submetido e/ou o seu estado de saúde inicial, bem como da necessidade de ter bem presente qual é o domínio das suas competências e das competências médicas.

A opinião destes estagiários sobre o processo de supervisão é que ele foi essencial para o seu desenvolvimento pessoal, profissional e para o estabelecimento de relações interpessoais e intra-grupos profissionais positivas. Em relação às estratégias de supervisão, todos salientaram os contributos do portefólio da terapêutica para o devido cumprimento da prescrição médica, e do semanário como uma estratégia de que não gostaram mas à qual reconheceram potencialidades para desenvolver as suas competências de observação e autorreflexão sobre a prática.

Estes resultados fornecem algumas evidências de que o processo supervisivo que está a ser desenvolvido neste serviço de cirurgia tem bastantes potencialidades na formação inicial dos futuros enfermeiros.

Referências Bibliográficas

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: que parcerias para a excelência em Saúde? Cadernos Sinais Vitais no1*. Coimbra: Formasau Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Gago, E. T. D. (2008). Crenças de eficácia nos papéis de carreira, valores de vida e prática de supervisão de ensinamentos clínicos, em enfermeiros (tese de mestrado em ciências da educação não publicada), Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Conselho de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Nova redacção conferida pela Lei no 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Portugal, Ministério da Saúde (1999). *Portaria no799-D/99,de 18 de Setembro: Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem*.
- Royal College of Nursing (2003). *Defining Nursing*. Royal College of Nursing. Acedido em
em
WWW.URL.<http://www.rcn.org.uk/downloads/definingnursing/definingnursing5.pdf>.