

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Sociologia

Área de Especialização em Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

ENTRE A LÓGICA ORGANIZACIONAL E AS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES

O CASO DA COOPERAÇÃO NA ORIENTAÇÃO
DO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Tese elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Fevereiro

2003

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Mestrado em Sociologia

Área de Especialização em Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável

ENTRE A LÓGICA ORGANIZACIONAL E AS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES

O CASO DA COOPERAÇÃO NA ORIENTAÇÃO
DO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Tese elaborada para a obtenção do grau de Mestre em Sociologia



142527

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Orientador: Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

Fevereiro

2003

Título: Entre a Lógica Organizacional e as Estratégias dos Actores

Sub-título: O Caso da Cooperação na Orientação do Ensino Clínico de Enfermagem

Palavras-chave: Organizações; Cooperação; Enfermagem; Ensino Clínico.

Tese elaborada para obtenção do grau de Mestre em Sociologia

Orientada pelo Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Departamento de Sociologia

Universidade de Évora

Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri.

A todos os que me acompanharam nesta caminhada.

RESUMO

As características particulares da formação em enfermagem requerem da parte dos responsáveis pela mesma uma intervenção no sentido de proporcionar a todos os que dela usufruem uma abordagem promotora do desenvolvimento de competências, onde o saber prático cresça sustentado num saber teórico.

É nesta perspectiva e em resposta aos novos desafios, que a cooperação escola/ organizações de saúde surge como paradigma emergente à formação em enfermagem, nomeadamente no contexto do ensino clínico, onde o equilíbrio dinâmico entre teoria e prática é essencial. Sabendo que a cooperação organizacional não pode ser entendida à margem dos actores que a operacionalizam, interessou-nos nesta investigação conhecer as lógicas e estratégias pelas quais professores e enfermeiros modelam as suas orientações em ensino clínico.

Pretendendo compreendê-los como actores, que desenvolvem o seu trabalho e que se confrontam no seu dia a dia com dificuldades, para as quais mobilizam estratégias tendo em conta os seus próprios objectivos e finalidades, realizámos um estudo qualitativo, configurando como estratégia de pesquisa o estudo de caso.

ABSTRACT

The particular features of the training in nursing require from the ones responsible a great deal of intervention. There is a need of promoting and developing competence in a practical way based in theoretical knowledge.

It is in this perspective, and in an answer to new challenges, that the cooperation between the nursing school and the health organizations is emerging as a paradigm of training in nursing. In the clinical teaching context this aspect of dynamic balance between theory and practice is very essential. Taking in to account that a structured cooperation can not work without the participation of the main subjects who deals activity whit it, we ware interested, in this investigation, to know the logics and strategies that the teachers and the nurses use as their guidance in the clinical teaching.

Trying to understand them as main subjects, who develop their work and face daily with difficulties, mobilizing strategies taking in to their minds proper objectives and targets, we did a qualitative study, putting as research strategy the case study.

AGRADECIMENTOS

Esta tese resulta da ajuda, apoio e incentivo daqueles que comigo partilharam este caminho, pelo que quero deixar o meu profundo agradecimento:

Ao meu orientador, Professor Doutor Carlos Alberto da Silva, pelo privilégio do percurso formativo que me proporcionou, pelo incentivo, apoio e disponibilidade.

Aos Docentes e Enfermeiros que participaram no estudo, pelo apoio e colaboração demonstrados.

Às direcções das Organizações Escolar e de Saúde onde decorreu o estudo, pela colaboração concedidas.

Aos colegas pelo estímulo e ao Professor Coordenador Francisco Vidinha pela partilha de saber nesta área.

À minha família... sem palavras.

SIGLAS E ABREVIATURAS

E.C. – Ensino Clínico

SUMÁRIO

	f
<u>INTRODUÇÃO</u>	14
1 – <u>A COOPERAÇÃO NOS NOVOS MODELOS ORGANIZACIONAIS</u>	21
1.1 – DA PARCERIA À COOPERAÇÃO – UM OLHAR SOBRE AS ESTRATÉGIAS	24
1.2 – COOPERAÇÃO – IDENTIDADE E CULTURA ORGANIZACIONAL NA BASE DAS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES	32
1.3 – COOPERAÇÃO E ORGANIZAÇÕES APRENDENTES OU FORMANTES: EMERGÊNCIA DE UMA NOVA FILOSOFIA	34
2 – <u>A COOPERAÇÃO NA ENCRUZILHADA DA FORMAÇÃO – O CASO DO ENSINO CLÍNICO</u>	39
2.1 – FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM – DO PASSADO AO PRESENTE	40
2.2 – CONTEXTOS DE FORMAÇÃO / CONTEXTOS DE COOPERAÇÃO – A ESCOLA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE	44
2.2.1 – <u>A Cooperação na Orientação de Alunos em Ensino Clínico – Directrizes Organizacionais e Estratégias de Actores</u>	52
2.2.1.1 – A Relação Teoria / Prática: Ideologias Tradicionais e Novas Lógicas de Articulação	53
2.2.1.2 – A Comunicação como Núcleo Central da Cooperação	60
2.3 – CONCLUSÃO TEÓRICA E EXPLICITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA INVESTIGATIVA	64
3 – <u>METODOLOGIA</u>	70
3.1 – PARADIGMA E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO	70
3.1.1 – <u>Os Elementos do Caso e o Terreno de Pesquisa</u>	74

3.1.2 – <u>Estratégia de Recolha de Dados – Os Instrumentos e os Procedimentos</u>	78
3.1.3 – <u>Procedimentos de Análise de Dados</u>	84
4 – <u>O PROCESSO DE COOPERAÇÃO EM ENSINO CLÍNICO – CONTEXTUALIZAÇÃO E REPRESENTAÇÕES DOS ACTORES</u>	89
4.1 – ENSINO CLÍNICO – UM CONTEXTO DE CONTEXTOS	89
4.2 – DO ENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL ÀS REPRESENTAÇÕES DOS ACTORES	91
5 – <u>A COOPERAÇÃO EM ENSINO CLÍNICO – DA ESTRUTURAÇÃO DOS CONTEXTOS ÀS PRÁTICAS E REPERCUSSÕES MODELADAS PELAS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES</u>	108
5.1 – A COOPERAÇÃO NO CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO – PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS	109
5.1.1 – <u>A Articulação Entre os Actores</u>	109
5.1.2 – <u>Relação Teoria e Prática nas Redes da Interação – Cooperação ou Conflito de Saberes?</u>	113
5.1.3 – <u>A Complementaridade no Acompanhamento e Orientação de Alunos – Papel dos Actores nas Diversas Fases do Ensino Clínico</u>	120
5.1.4 – <u>A Comunicação como Estratégia</u>	129
5.2 – AS POTENCIALIDADES E CONSTRANGIMENTOS DE UM MODELO DE FORMAÇÃO NA ENCRUZILHADA DAS REPERCUSSÕES	138
5.3 – A MUDANÇA COMO PROCESSO SIGNIFICATIVO DE DESENVOLVIMENTO DA COOPERAÇÃO – SUGESTÕES DOS ACTORES	148
<u>CONCLUSÕES E SUGESTÕES</u>	154
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	167
<u>ANEXOS</u>	
Anexo I – <u>Autorização da Organização Escolar para a Realização do Estudo</u>	177

Anexo II – <u>Autorização da Organização de Saúde para a Realização do Estudo</u>	179
Anexo III – <u>Guião da Entrevista</u>	181
Anexo IV – <u>Matriz de Síntese da Análise Documental</u>	183
Anexo V – <u>Matriz de Codificação Global das Entrevistas</u>	185
Anexo VI – <u>Matriz de Codificação Global dos Documentos</u>	187
Anexo VII – <u>Matrizes de Análise das Entrevistas</u>	189
Anexo VIII – <u>Matrizes de Análise dos Documentos</u>	191

SUMÁRIO DE QUADROS

	f
Quadro n.º 1 – <u>Caracterização dos Sujeitos em Estudo</u>	77
Quadro n.º 2 – <u>Relação Entre as Potencialidade e Constrangimentos do Processo de Formação e as Repercussões do Mesmo</u>	147

SUMÁRIO DE FIGURAS

	f
Figura n.º 1 – <u>Cooperação Organizacional</u>	50
Figura n.º 2 – <u>Cooperação e Aprendizagem Organizacional</u>	51
Figura n.º 3 – <u>Modelo de Comunicação em Ensino Clínico</u>	63
Figura n.º 4 – <u>Esquema de Investigação e Análise</u>	68
Figura n.º 5 – <u>Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores</u>	159
Figura n.º 6 – <u>Práticas e Estratégias dos Actores na Operacionalização do Ensino Clínico</u>	162
Figura n.º 7 – <u>Potencialidades e Constrangimentos na Encruzilhada das Repercussões</u>	164
Figura n.º 8 – <u>Cooperação em Ensino Clínico</u>	165

SUMÁRIO DE MATRIZES DE SÍNTESE

f

Matriz de Síntese n.º 1 – <u>Processo de Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores</u>	107
Matriz de Síntese n.º 2 – <u>Práticas e Estratégias dos Actores na Operacionalização do Ensino Clínico</u>	136
Matriz de Síntese n.º 3 – <u>Potencialidades e Constrangimentos do Processo e suas Repercussões</u>	146
Matriz de Síntese n.º 4 – <u>Sugestões dos Actores para o Desenvolvimento da Cooperação</u>	153

INTRODUÇÃO

Vivemos hoje num mundo em aceleradas mudanças o que nos obriga a uma constante readaptação, como resposta a uma sociedade em permanente mutação. Nesta nova sociedade, baseada cada vez mais no conhecimento, o desenvolvimento de saberes, aptidões e competências constituem objectivos fulcrais a serem atingidos, sustentados, não só pela formação, mas também pela cooperação independentemente do contexto. Assim, é cada vez mais reconhecido o interesse de envolver na gestão do sistema de ensino/formação, uma maior diversidade de actores sociais, ensaiando modalidades de articulação entre si (Rodrigues 1998).

No caso da Enfermagem, podemos afirmar pela análise sociológica da profissão, que também a sua trajectória identitária se tem transformado “*num processo contingente e estratégico em que se destacam (...), a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros*” (Abreu 1997: 149).

Aliás, num recente estudo de Silva (2001), o autor argumenta que se verificam distintas formas identitárias de (re)valorização e de consolidação da matriz de saberes da enfermagem. Efectivamente, longe da era da reprodução tradicional de ‘saberes-práticos’, como únicos saberes centrais da profissão, a enfermagem tem vindo a modelar a construção da sua profissionalização e do profissionalismo, num quadro cada vez mais estratégico de valorização dos saberes teórico-formais e interpretativos na prestação de cuidados de saúde.

Na verdade, a articulação entre a teoria e a prática em enfermagem, da qual resulta o saber profissional, há muito que faz parte do currículo, mantendo-se no plano do Curso de Licenciatura em Enfermagem regulamentado pela Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, que no seu Regulamento Geral, Artigo 3.º diz: “*O plano de estudos inclui de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico*”.

O seu Artigo 5.º diz ainda 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 do pessoal de saúde qualificado". Este conjunto de instrumentos jurídicos sugere, assim, a necessidade da participação dos 'pares' no processo de ensino/formação em enfermagem, liderado, em primeira e última instância, pela organização escolar.

Desta forma no processo de formação dos futuros profissionais, a Escola e os Serviços de Saúde surgem como "*espaços formativos potenciadores da aprendizagem e desenvolvimento de capacidades e competências*" (Luz 1996: 35).

Reconhecendo a necessidade da adopção de novos modelos de formação, onde a cooperação ocupe lugar cimeiro numa perspectiva de desenvolvimento, tal como é referenciado por Rodrigues (1998) e Zay (2000) conduz-nos a um propósito que só poderá ser conseguido através de efectivos procedimentos cooperativos.

Não menos verdade, neste quadro de mudanças, e com o aparecimento de formas diversificadas de praticar a formação, onde o valor societal atribuído aos processos de formação e transformadoras do '*status quo*' são segundo Maurice citado por Luz "*reveladores da importância central dos contextos em que ela ocorre*", surgem os 'protocolos de cooperação', entre Escolas e Organizações de Saúde. Estes, prevêm entre outros aspectos a articulação organizacional, no que diz respeito à orientação de alunos em ensino clínico, estabelecendo a interacção e contribuição de cada uma das partes neste processo.

Uma vez que tais protocolos assentam numa lógica de parcerias organizacionais, importa interrogar sobre as condições de operacionalização, nomeadamente ao nível da cooperação.

Pensar estas organizações, como espaços de formação e desenvolvimento de saberes, conduz-nos a uma linha de investigação, onde a abordagem organizacional não pode ser alheia. Neste sentido, a exploração do contexto e a identificação do modelo subjacente, torna-se um objectivo a atingir.

Sendo o Ensino Clínico segundo Longarito, "*um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico reflexivas*", pois é neste espaço formativo que os alunos percebem a realidade da prática, se confrontam e estabelecem as diferenças e paralelismos entre aquilo que aprenderam na escola e a nova realidade

do terreno, constitui-se, assim um local privilegiado ao estudo destas modalidades (Longarito 2002: 27).

À luz da abordagem estratégica das organizações, Crozier e Friedberg (1977) e Friedberg (1995), estas não podem ser compreendidas à margem dos seus actores, pois são eles que as constróem e modelam, tendo em conta os seus objectivos individuais, que utilizam para defender o seu domínio, não respondendo apenas de forma mecânica aos apelos e estímulos que lhes são apresentados, uma vez que são actores dotados de vontade bem como de uma margem de liberdade que não é abrangida pelas regulamentações organizacionais. Assim, importa-nos conhece-los pois este processo, será modelado pelos actores intervenientes, tendo em conta que estes *“são de facto actores relativamente livres e autónomos que criam um sistema. Fazem-no funcionar através duma rede de relações em que negociam, trocam, tomam decisões”*.(Bernoux s.d.: 134).

Pensar o Ensino Clínico, como um contexto organizacional, onde se movem actores oriundos de contextos distintos (escola e organização de saúde), que estabelecendo entre si vários tipos de relações pessoais e profissionais de ensino e aprendizagem, cumprindo o objectivo de acompanhamento e orientação de alunos, constitui-se um complexo social, palco de interacções, negociações e cooperação, que nos importa estudar.

Consciente de que a cooperação organizacional no domínio da construção dos saberes e do conhecimento, não pode nem deverá ser entendida à revelia dos actores que a operacionalizam, importa-nos conhecer, as lógicas e representações que modelam as estratégias adoptadas por professores e enfermeiros nas suas práticas em ensino clínico, na articulação entre saberes teóricos e saberes práticos.

Questionar as práticas coloca-nos ainda no caminho da aprendizagem organizacional, nos caminhos e descaminhos da interacção entre os actores, modeladas pelas relações de negociação, de dependência e de poder, condicionadas e condicionantes da comunicação e da reflexão, assim como das aprendizagens e do desenvolvimento de saberes.

É hoje claro que esses saberes, não poderão ser alheios, no caso da formação e da sua gestão em enfermagem, ao *“equilíbrio dinâmico e dialéctico entre teoria e prática, e jamais a aglutinação de uma pela outra”* (Franco 2000: 38).

Estudar a cooperação estabelecida, num contexto socioprofissional de uma profissão em mudança, a relação entre os actores, e a articulação de saberes, ultrapassa para nós o interesse que o próprio assunto desencadeia, radicando-se igualmente, em primeira e última instância, numa preocupação de natureza pessoal e colectiva, enquanto profissionais da área.

Ao longo de cerca de doze anos de vivência nas organizações de serviços de saúde, contactámos com diversas realidades, que nos permitiram acompanhar a evolução das estratégias de formação adoptadas no acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico, primeiro como actores da prestação directa de cuidados de saúde, actualmente na organização escolar.

Contudo queremos salientar, que a importância da presente investigação não reside apenas nas nossas perspectivas e motivações pessoais, uma vez que a temática tem sido alvo de várias abordagens, nos últimos tempos. No entanto, apesar de termos encontrado alguns estudos, que estudaram a articulação entre teoria e prática no contexto do ensino clínico, não são abundantes os estudos sociológicos que versam a temática das características de cooperação na formação em enfermagem, razão pela qual pensamos tratar-se até de uma perspectiva heurística, e que justifica o trabalho.

Conhecer as dinâmicas da cooperação na formação em enfermagem, inscreve-se, assim, numa linha sociológica de compreensão das lógicas de interacção e estratégia de actores que a operacionalizam. Neste sentido, para compreendermos estas lógicas, além de observações e contactos no terreno, trocámos impressões com testemunhos privilegiados e consultámos algumas obras e estudos que versavam sobre o tema, emergindo desta acção a problemática central que orienta esta pesquisa:

A cooperação organizacional na formação em enfermagem: Representações e atitudes de professores e enfermeiros face ao processo de cooperação em ensino clínico.

Caracterizar a prática e perceber o processo de cooperação através dessa mesma prática, isto é inquirir esta realidade no contexto do ensino clínico, distancia-nos das meras análises especulativas, aproximando-nos da realidade, tal como ela é vivida pelos actores.

Conhecer as percepções que professores e enfermeiros têm acerca do processo

de cooperação organizacional, bem como as estratégias que mobilizam na orientação de alunos em ensino clínico e as suas repercussões constituem objectivos da nossa investigação.

Como terreno de pesquisa, seleccionámos um contexto de ensino clínico, de uma unidade Hospitalar, perto do nosso local de residência, e onde por razões de trabalho, nos deslocávamos com frequência o que nos facilitou o acesso aos dados.

Privilegiamos, assim, o estudo de caso como modo e estratégia de investigação, porque pretendemos conhecer em profundidade, através do contacto directo estabelecido no terreno, a realidade social, tal como ela é concebida, percebida e vivida pelos actores em estudo.

Neste sentido, optamos pelo paradigma qualitativo, para melhor compreendermos o posicionamento dos actores, as lógicas e os papéis de ancoragem, as tendências e as posturas e/ou comportamentos de resistências, bem como os jogos que a estas subjazem, assim *“descrevemos as experiências dos próprios homens, a forma como as vivem e como eles mesmo as descrevem”* (Polit 1987: 349).

Conscientes da singularidade dos contextos, preocupamo-nos em conhecer aquele que seleccionámos, conhecendo as limitações deste estudo, não pretendemos chegar a certezas que favoreçam generalizações dos resultados, o que pretendemos é dado o carácter exploratório da nossa pesquisa, compreender esta realidade e transmitir a necessidade e importância do desenvolvimento de trabalhos que de algum modo possam contribuir para o desenvolvimento da profissão, uma vez que *“a interligação teoria/prática potencia-se no campo da produção de cuidados, desde que se aproxime o mais possível do ‘real’. Dinamizar e ‘inventariar’ formas de colaboração e de trabalho conjunto entre os serviços e as Escolas perspectiva-se como uma via duplamente enriquecedora: para as unidades e para as escolas”*(Costa 1998: 148).

Para explorarmos o contexto e obtermos as informações necessárias ao desenvolvimento da nossa investigação utilizamos a entrevista semi-estruturada, como técnica nuclear de colheita de dados assim como a observação directa e a análise documental como técnicas complementares. Conscientes da problemática levantada em termos de validade da pesquisa, preocupamo-nos em obter informação diversificada relativamente ao nosso objecto de estudo, adoptando estratégias de

triangulação, explicitando também, com o máximo pormenor e rigor todo o processo utilizado, tendo em vista a cientificidade da mesma.

Estruturamos o trabalho em cinco capítulos.

Nos dois primeiros, procuramos construir um referencial teórico, que nos permita suportar uma orientação global de interrogação da realidade, da recolha dos dados e da sua análise e interpretação.

Começamos no primeiro capítulo por tecer algumas considerações sobre a cooperação nos novos modelos organizacionais, fazendo referência, às estratégias subjacentes, à cultura e jogos que modelam os papéis e as práticas dos actores.

No segundo capítulo procuramos fazer uma ponte entre a cooperação organizacional e os novos modelos de formação, para tal, começamos por desenvolver ainda que sumariamente, um pouco da história do Ensino de Enfermagem, para que melhor se possa entender a sua evolução, e a realidade actual, perspectivando em seguida a cooperação nos contextos de formação, baseados nas novas lógicas de articulação. Terminamos, com a explicitação da problemática investigativa com base no referencial construído, enunciamos ainda as questões orientadoras do estudo.

No terceiro capítulo damos a conhecer a metodologia de pesquisa utilizando uma descrição detalhada. Começamos por enunciar os objectivos do estudo, o paradigma e estratégia de investigação utilizada, justificamos a escolha dos elementos do caso e a selecção do terreno de pesquisa, em seguida abordamos as técnicas eleitas para a colheita de dados bem como as razões que subjazem a essa escolha, por fim explicitamos as estratégias utilizadas para o tratamento, análise e interpretação dos dados.

O quarto capítulo constitui o primeiro de análise e interpretação de dados, começamos por contextualizar o processo de cooperação, fazendo uma descrição do terreno e das directrizes subjacentes ao ensino clínico. Caracterizamos ainda o posicionamento organizacional e individual face ao processo, fazendo referência aos elementos normativos, bem como às representações dos actores.

No quinto capítulo, procuramos conhecer e aprofundar as práticas e estratégias adoptadas pelos actores na operacionalização do processo de cooperação. Começamos por explorar as vivências dos professores e enfermeiros, em relação á

forma como estes constroem e reconstróem a articulação no terreno, explorando as lógicas de posicionamento e interacção de ‘saberes’, através da caracterização do sistema de acção, dos seus papéis e das suas práticas, querendo saber ‘o que fazem’ e ‘porquê’.

Interessa-nos ainda analisar as formas de adesão e os conflitos subjacentes, as potencialidades e os constrangimentos do processo, para assim, através das experiências dos envolvidos podermos perspectivar as repercussões das estratégias assumidas.

Terminamos este capítulo, com a análise das sugestões dos actores, procurando saber o que sentem que deve ser alterado no processo, perspectivando essas alterações como significativas no desenvolvimento da cooperação.

Por fim enunciamos as conclusões do estudo, fazendo uma síntese dos aspectos mais significativos e apontando algumas sugestões que consideramos pertinentes para o desenvolvimento sustentado do processo de cooperação no acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico.

Referenciamos também a bibliografia utilizada e integramos em anexo os pedidos de autorização solicitados para a realização do estudo, os instrumentos de colheita de dados, as matrizes de codificação, de análise e redução dos dados.

Resta-nos mais uma vez salientar que a realização deste estudo se deve ao facto deste tema e no que diz respeito à perspectiva da cooperação ser de certa forma heurístico em termos de investigação sociológica e também, porque é nosso objectivo contribuir para a reflexão dos problemas inerentes à formação em enfermagem, mais propriamente na articulação entre os ‘saberes teóricos’ e os ‘saberes práticos’, e que de certa forma se reflectem na construção e (re)construção do conhecimento, nos contextos e nas práticas, isto é, na própria construção identitária da profissão.

Temos consciência das dificuldades, e do árduo caminho a percorrer, mas mesmo assim queremos continuar.

“Sabemos que o caminho se faz caminhando e não são os caminhos mais fáceis que nos permitem alcançar o nosso destino”.

João Franco

1 – A COOPERAÇÃO NOS NOVOS MODELOS ORGANIZACIONAIS

Assistimos hoje a um avanço tecnológico que se traduz muitas vezes em alterações societais, implicando reestruturações a vários níveis.

A complexidade crescente do mundo actual, devido à evolução técnica e científica a que assistimos, faz-nos cada vez mais pensar sobre a amplitude do dado organizacional na nossa civilização.

Sempre que fazemos uma retrospectiva chegam à nossa memória contextos específicos de vivências passadas e acontecimentos presentes, onde se misturam e confrontam ideias, sentimentos e interesses de uma vida social activa.

Essas ‘vivências’ situam-se no interior da fixidez maciça de uma organização implantada num espaço, com objectivos próprios e definidos, orientados muitas vezes para a promoção de competências.

Para atingirem esses fins, estas organizações apoiam-se em teorias e concepções ideológicas que direccionam os seus eixos de actuação, procurando envolver nesta estratégia os actores que nela interagem, tendo como objectivo principal o desenvolvimento.

A compreensão desses processos que subjazem às teorias das organizações, bem como à formação e promoção de competências com vista ao sucesso organizacional, constituem um desafio para as ciências sociais e humanas (Luz 1995).

Desde a antiguidade clássica que inúmeros homens procuram conhecer melhor as suas organizações sociais. Mas, segundo Canário *“é no Séc. XIX um contexto marcado pela industrialização e pelo pensamento positivista, que se dá uma viragem decisiva na forma de encarar as organizações sociais e em particular as empresas”* (Canário 1989: 36).

Com o movimento Taylorista, passou a acreditar-se ser possível organizar racionalmente uma empresa, para que esta obtenha melhores resultados.

Nascia assim a ‘organização científica do trabalho’. Cada posto de trabalho era

estudado e avaliado por especialistas para definirem os modos operatórios correctos.

O pessoal era seleccionado e treinado de acordo com as necessidades do posto de trabalho, eram definidas hierarquias com claros e definidos circuitos de comunicação na empresa.

O sucesso do Taylorismo nas organizações com fins económicos, não deixou de ter reflexo na forma de encarar outras organizações sociais.

Também para a organização escolar estas teorias foram importadas e adaptadas.

Em 1916 Cubberley dizia que *“As nossas escolas são de certa maneira fábricas em que as matérias primas são crianças (alunos), têm de ser moldadas e transformadas em produtos para satisfazer as diferentes necessidades da vida”* (Cubberley segundo Canário 1989: 37).

No entanto cedo estes postulados foram postos em causa no campo organizacional, reforçado pelos estudos de Friedman demonstrando, que as ideias de Taylor careciam de fundamentação fisiológica e psicológica no que concerne ao estudo científico dos movimentos do trabalho.

Também no seio da organização escolar estas teorias foram postas em causa pelo seu carácter reducionista e desadaptado. Hoje em dia, as organizações, são regidas à luz de novas teorias onde se destacam três ideias fundamentais:

- A organização é um sistema em interacção com o meio;
- Enquanto sistema é composta por diferentes elementos que mantêm entre si um mínimo de cooperação para atingir simultaneamente objectivos comuns e objectivos próprios de cada um dos elementos;
- O homem é reconhecido como um agente complexo e autónomo: não é apenas determinado por motivos económicos (...) ele é capaz de dar provas de inteligência e de racionalidade como referiu Crozier. O indivíduo, aliás como o grupo, não se entregam passivamente a determinismos económicos, psicológicos ou sociais, eles são actores (Petit e Dubois 2000: 9).

Desta forma apesar de em algumas organizações ainda se verificar o domínio das teorias clássicas, vários são os exemplos descritos por autores como Petit e Dubois (2000), Oliveira (2000), Giddens (2000), Sérieyx (1995), onde a nova perspectiva teórica é uma realidade, vendo o indivíduo, o grupo de actores e a própria organização como um sistema aberto.

Ao redesenhar as suas fronteiras o sistema de relações passa a ter um lugar considerável, há uma mudança de modelo na organização do trabalho, esta já não se centra nos desempenhos individuais, mas na coerência e integração dos subconjuntos, nas comunicações entre serviços e para lá destes (relações de parceria) (Bernoux s.d.).

Face ao contexto global, a abertura das organizações surge hoje como uma necessidade e uma estratégia engendrada, no funcionamento em rede, através do estabelecimento de relações e a conclusão de alianças com parceiros exteriores.

Desta forma a cooperação torna-se uma necessidade profunda, e a necessidade de coordenar, dá lugar à necessidade de cooperar (Crozier 1980).

Também nas instituições escolares e face aos novos desafios que lhe são diariamente propostos esta ‘necessidade’ é hoje sentida. Enquanto organizações promotoras do desenvolvimento de saberes e competências deparam-se com novas problemáticas que requerem dimensões educativas inovadoras e eficazes.

“Exigências que a cada momento apontam para novos conhecimentos, novas capacidades e competências a serem adquiridas, (...) expectativas, aspirações individuais que reconhecem na evolução das trajetórias pessoais de educação e formação a resposta aos desafios e responsabilidades sociais e aos projectos de realização pessoal” (Ambrósio in Marques 1994: 11).

Para atingir estes objectivos e de acordo com Zay a escola terá que redefinir a sua trajetória. Assim, *“Numa concepção neo-liberal, a parceria, tal como a cooperação, torna-se uma estratégia para lutar contra a concorrência feroz entre empresas. (...) O reconhecimento desta dimensão vai aparecer igualmente no mundo da educação quando a noção de parceria é para lá importada”* (Zay 1997: 2).

Na verdade, face às necessidades de novos perfis profissionais, as organizações educativas, terão que fazer uma aposta no futuro, mobilizando estratégias de gestão, que promovam a formação desses novos perfis, onde a eterna dualidade separatista ‘teoria/prática’ dê lugar a um processo heurístico de cooperação entre os responsáveis pela formação (professores da escola e enfermeiros dos serviços de saúde), onde teoria e prática se conjuguem numa acção dialéctica construtiva e proporcionadora de desenvolvimento.

1.1 – DA PARCERIA À COOPERAÇÃO – UM OLHAR SOBRE AS ESTRATÉGIAS

As organizações educativas deparam-se hoje em dia com a necessidade de estabelecer, uma nova relação com diversos parceiros sociais, para poderem dar resposta às solicitações que lhe são feitas.

A educação deverá orientar-se para uma consciencialização social, capaz de criar uma mentalidade colectiva interveniente e participativa, onde a cooperação como processo de interacção estratégica entre os diversos parceiros, constitui uma necessidade e uma aposta no desenvolvimento individual, colectivo e societal.

No caso concreto do ensino superior, cada vez mais ouvimos falar da necessidade de conjugar o ensino teórico, com o saber prático, obtido em contexto de trabalho. Aliás, segundo Rodrigues *“Por toda a Europa assiste-se hoje, à experimentação de dispositivos de articulação escola/empresa”* (Rodrigues 1998: 152).

“Uma vez reconhecido o interesse em envolver, na gestão do sistema ensino/formação, uma maior diversidade de actores sociais, procura-se hoje definir e ensaiar as modalidades concretas de articulação destes actores (...), é o que está hoje em curso em Portugal no caso (...), dos institutos politécnicos e das universidades” (Rodrigues 1998: 152). Desta forma, a Escola terá que mobilizar esforços no sentido de dar resposta a esta necessidade social, uma vez que a melhoria da qualidade do ensino *“aparece cada vez mais indissociável da sua adaptação aos novos paradigmas cultural e tecnológico existentes”* (Rodrigues 1998: 153).

Também as organizações, terão que se adaptar no sentido de se tornarem espaços de formação, através da aquisição e estímulo de novas competências por parte dos seus membros e por uma gestão estratégica dos seus recursos humanos baseada na cooperação.

Mas, para que o encontro de ‘saberes’, ganhe dimensão é necessário oferecer-lhe uma dinâmica temporal que envolva um ritmo de desenvolvimento e uma continuidade de ligação que, de algum modo, desafie as instituições de ensino superior a uma constante articulação estratégica com o mundo do trabalho (Almeida e Costa 2000).

Assim sendo, as organizações escolares não se podem limitar a integrar os seus alunos na sociedade existente, terão que aderir ao ‘paradigma alternativo’, contendo este a renovação individual e institucional. Só assim poderão atingir o objectivo central da educação que é o *“desenvolvimento pessoal do indivíduo”* (Zay 1997: 4).

Para a autora a parceria constitui este ‘novo paradigma’ ou ‘paradigma alternativo’ do projecto de educação e de sociedade, sendo esta um ‘compromisso numa acção comum negociada’ (Zay 2000)

A parceria surge como uma nova resposta emergente na educação, onde diversos parceiros sociais se articulam e interagem numa estratégia de acção colectiva tendo em vista objectivos ou fins educativos.

Fazem-no através de uma *“forma concertada e articulada de funcionamento, que tem por base o reconhecimento das complementaridades e co-responsabilidade das organizações, sejam públicas ou privadas”* (Rodrigues e Stoer 1998: 10).

Pode assentar numa estrutura organizacional formal até ao ponto de ser em certos casos uma concepção imposta, por parte do governo central (muitas vezes através de regulamentação), isto é, com a definição das relações estabelecida a um nível macro ou a um nível micro, entre a escola e as empresas apresentando uma orgânica informal, por vezes ao ponto dos parceiros dificilmente se distinguirem dos ‘colegas’ e ‘amigos’.

Estas relações podem assumir, portanto, um carácter nacional, e serem integradas numa política educativa que assente numa negociação sistemática com os parceiros educativos na sua globalidade e incluindo os parceiros sociais em sentido lato.

Pode ainda ter um carácter regional, assente num diálogo permanente entre as administrações regionais e os parceiros sociais ao nível local. Finalmente poderão assumir um carácter mais particular, isto é entre uma escola e uma empresa, existindo neste último caso uma colaboração mais por iniciativa de uma das organizações, tendo um carácter mais limitado, embora possa atingir um grande leque de funções e de benefícios mútuos.

Segundo Marques *“o partenariado escola/empresa pode assumir formas diversas e modalidades de colaboração diferenciadas segundo o nível de ensino (...) encontrando legitimidade numa nova concepção de relações sociais, de modos de*

funcionamento, que privilegia a comunicação e a negociação” (Marques 2002).

Trata-se assim de um complexo sistema de enunciações que sustentam toda uma renovação de mentalidades sobre a movimentação organizacional no sentido da promoção de uma nova realidade formativa que se distancia da lógica tradicional.

No caso em estudo os parceiros envolvidos na ‘parceria’ serão uma Escola Superior de Enfermagem e um Hospital, que se articulam de uma forma concertada, alicerçada em critérios negociados sob a forma de acordos, onde cada uma das partes colabora num processo de interacção e complementaridade, privilegiando a comunicação e a negociação, tendo em vista, a aquisição de novas capacidades e competências, conducentes ao desenvolvimento profissional.

Podemos dizer que a parceria tem subjacente uma estrutura organizacional formal ditada pela legislação, pois o Desp. 8/90 de 17 de Março, referente à formação de enfermeiros diz o seguinte *“Todos os estabelecimentos e serviços do Ministério de Saúde devem prestar a maior colaboração às escolas superiores de enfermagem, nomeadamente:*

- *Facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros;*
- *Permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços”.*

Pela análise do referido despacho, verificamos estar subjacente, um incentivo à cooperação entre os dois sistemas envolvidos, uma vez que este se refere à ‘colaboração do seu pessoal’, ‘de acordo com orientações ajustadas’, podendo esta colaboração ser operacionalizada através de uma cooperação estratégica, assumida pelos actores envolvidos no processo e as ‘orientações ajustadas’, por uma negociação e interacção estabelecidas entre os mesmos.

Esta parceria tem ainda um carácter regional, pois a escola, através de protocolos estabelece uma relação com as instituições de saúde da região, numa acção negociada de partilha de recursos, onde todos beneficiam e aceitam cooperar no sentido de se atingirem objectivos individuais e colectivos.

Ela é desenvolvida como uma actividade multidisciplinar, baseada em projectos experimentais, que tomam a cooperação como filosofia de trabalho.

Estabelecida a estratégia (parceria), torna-se necessário clarificar o processo de interacção entre as organizações envolvidas.

Para Marques *“a cooperação escola–empresa é uma das modalidades que o partenariado poderá assumir”* (Marques 2002).

Também para Zay a *“parceria tal como a cooperação, torna-se uma estratégia”* (Zay 1997: 2).

Assim a cooperação torna-se um meio para dar coerência ao percurso formativo daqueles que se formam em fases alternadas de teoria e prática. A teoria seria obtida em organizações de formação ou escolares e as práticas em estágios no terreno sendo esta última encarada como uma acção comum e negociada, partindo da heterogeneidade, reconhecendo a possibilidade de conflito, nunca tentando negá-lo, mas construindo um compromisso, através da conservação dos objectivos próprios de cada um dos parceiros, aceitando contribuir para um objectivo comum, a construção de saberes baseados na dialéctica teoria/prática.

Desta forma e uma vez que para o nosso trabalho o conceito de cooperação é de extrema importância, pensamos ser pertinente analisá-lo para chegarmos a um sentido próprio que utilizaremos ao longo do mesmo.

Assim o que é a cooperação?

Analisemos então o conceito segundo a perspectiva de vários autores.

Para Cravinho cooperação significa *“trabalhar em parceria, através de colaborações múltiplas e vontades convergentes”* (Cravinho 2001: 2)

Santos define cooperação como *“um conjunto de acções deliberadas de vários indivíduos, coordenadas para a prossecução de finalidades, consideradas pelos protagonistas dessas acções, como sendo do interesse de todos eles”* (Santos 1999: 107).

Mas, para podermos definir o nosso próprio conceito de cooperação torna-se ainda necessário conhecer certos aspectos relacionados com o mesmo, as finalidades e as dimensões que o sustentam, para assim podermos no final deste capítulo chegar ao conceito que utilizaremos ao longo do trabalho.

A cooperação é hoje em dia encarada por alguns autores (Cravinho 2001, Petit e Dubois 2000, Santos 1999) como uma necessidade de sobrevivência, face às

solicitações e à competitividade que assistimos.

Segundo Santos *“a cooperação nas organizações pode ser considerada um destino inelutável”* (Santos 1999: 108).

Sem a cooperação dos actores que participam nas diferentes actividades organizacionais, as finalidades desta última, ficariam muitas vezes comprometidas, tornando-se esta estratégia uma necessidade de sobrevivência, eficiência e coordenação.

Importa ainda reflectir em sentido lato, pois se é importante o contributo dos actores no desenvolvimento das organizações, também o inverso se verifica, uma vez que o sucesso desta, trará mais valias para os colaboradores (manutenção do emprego, promoção, desenvolvimento pessoal) e para o produto do trabalho.

Podemos então afirmar que a cooperação contém em si o potencial para oferecer respostas, simultaneamente às necessidades dos indivíduos e das organizações. Esta será sempre como refere Santos *“o cimento que liga as instrumentalidades dos membros de cada organização na prossecução de finalidades do interesse de todos”* (Santos 1999: 108).

Um outro aspecto a abordar, consiste na importância da cooperação na vida profissional e na formação dos actores envolvidos, pois é a partir da reflexão feita em contexto de trabalho e pelas interacções que se estabelecem, que o indivíduo realiza a sua própria socialização. Subjaz aqui uma perspectiva interaccionista da própria socialização, uma vez que esta se faz num processo de natureza global, complexo multiforme e permanente, sendo estas interacções estabelecidas nos contextos onde os indivíduos se movem (Dubar 1997).

Não só porque a formação e principalmente aquela que é feita nestas circunstâncias, implica interacção com outros e portanto cooperação, mas porque é muitas vezes através desta experiência, que os diferentes actores participam na vida social das organizações envolvidas.

No entanto é necessário conhecermos a forma como é operacionalizada, como se estabelece entre os diferentes actores e quais as finalidades desta cooperação.

Já vimos que à medida que a ciência evolui a cooperação é condição indispensável por uma questão de sobrevivência.

A própria competição tem dado lugar à cooperação (Fukyama 1996, segundo Santos 1999).

Mas, para que esta se torne efectiva, será necessário o estabelecimento de uma cultura de confiança entre os diversos actores envolvidos.

Sem essa cultura de confiança, não existirá interacção espontânea, tornando-se necessário procedimentos de regulamentação, fiscalização e controlo passando a existir uma cooperação intensamente burocratizada na medida em que são necessárias regras detalhadas que enquadrem as acções e subestimem a confiança.

Em nossa opinião podendo colocar em causa a própria cooperação uma vez que esta implica agir de forma coordenada na prossecução de objectivos partilhados (Santos 1999).

Se a finalidade da cooperação ou os objectivos da mesma forem comuns aos cooperantes ou mesmo, se estas estiverem interligadas entre si ao ponto de cada um deles perceber que para obter as suas é condição essencial, que os restantes também obtenham as deles, o processo de 'confiança' terá que estar presente.

No que diz respeito à formação ou aprendizagem cooperativa, esta configura exemplarmente a interdependência de objectivos e/ou finalidades, tratando-se até segundo Morton Deutch (1973, 1993) de uma abordagem clássica da cooperação.

Contudo nesta cooperação além dos objectivos comuns, há ainda que ter em conta a dinâmica do processo de interacção na operacionalização das metodologias de aprendizagem cooperativa:

- A interdependência e complementaridade dos papéis;
- Interdependência de recursos nomeadamente materiais e informativos;
- Interacção face a face entre os actores envolvidos;
- Responsabilidade individual de cada membro do grupo pelas aprendizagens realizadas e pelo apoio a dar aos diferentes membros perante as dificuldades que surjam (Santos 1999).

A reforçar esta perspectiva encontram-se também os trabalhos de Marques que define entre outros como objectivos e práticas na relação na cooperação escola /empresa logo na aprendizagem organizacional:

- A realização de formação em contexto de trabalho em diferentes modalidades;

- Co-financiamento de bolsas de formação;
- Cooperação técnica em matéria de inovação (...) numa linha de prestação de serviços às empresas por parte das escolas;
- Possibilidade de estágios na empresa para professores e alunos;
- Os diferentes actores envolvidos, cooperam numa perspectiva de complementaridade (Marques 2002).

Podemos também referir os trabalhos de Zay (2000), baseados num estudo realizado por Landry na universidade do Québec, onde se utilizou esta estratégia, baseada:

- No trabalho conjunto e partilha de recursos humanos;
- Partilha de responsabilidades;
- Interdependência de colaboradores e complementaridade.

A esta experiência estiveram subjacentes dois conceitos e duas finalidades, um relacional que diz respeito às alianças estabelecidas e outro consensual no que respeita à cooperação.

Verificamos assim pela análise feita tendo em conta a perspectiva dos autores, que numa situação de formação ou aprendizagem cooperativa, é necessária a coordenação de acções entre os diversos actores que incluem por vezes a interacção prolongada, a coordenação de actividades, a responsabilidade e o aperfeiçoamento de competências sociais.

É ainda de realçar o facto da cooperação conduzir à melhoria do relacionamento entre os actores devido à interacção por vezes prolongada que é necessário estabelecer.

Por tudo isto pensamos ser ainda pertinente antes de procedermos ao enunciado do nosso próprio conceito de cooperação, fazermos a distinção entre este e outros aos quais surge muitas vezes associado como ajuda e colaboração.

Face ao explicitado verificamos que a cooperação implica sempre uma reciprocidade de benefícios, sendo por isso uma entreatajuda onde dois ou mais indivíduos interagem para alcançar finalidades interdependentes.

Para Silva, cooperação significa “*trabalho, concorrência de forças e meios para algum fim*” (Silva 1990: 133).

Já ajuda é considerada como “*auxilio ou acto de dar*”, o que pode não implicar reciprocidade efectiva ou trabalhar para um objectivo comum.

Vejamos agora o conceito de colaboração, para o mesmo autor, colaboração significa “*acto de colaborar, feito por colaboradores*”, podendo esta colaboração partir somente de um indivíduo, que tanto pode colaborar num projecto cujas finalidades também lhe interessam, como num outro que vise apenas o benefício de outros.

Se a ‘colaboração’ que dá se enquadrar na primeira, podemos considerar essa ‘colaboração efectiva’, isto é, muito próxima da cooperação.

Vários autores se têm debruçado sobre esta temática (Malvezzi 1997, Reed II 1998, Santos 1999), definindo cooperação como assente tanto na confiança como na partilha de recursos pessoais, podendo todos os envolvidos usufruir desta, numa relação de reciprocidade, isto é, por um lado utilizam-se, os recursos comuns, por outro disponibilizam-se os próprios para a prossecução dos objectivos do grupo.

Constata-se assim que a fronteira entre os diferentes conceitos, principalmente entre cooperação e colaboração é ténue, sendo estes muitas vezes utilizados como sinónimos, pelo que sentimos a necessidade de os delimitar operacionalmente.

Desta forma podemos dizer que cooperação, é um conceito dinâmico, pois para ser operacionalizado, é necessário o estabelecimento de uma interacção entre pelo menos dois indivíduos, já a ajuda ou a colaboração não implicam tal reciprocidade.

Para haver cooperação terá que existir comunicação, confiança, interacção e acção estratégica, isto é interdependência e acção negociada entre os actores, na prossecução das finalidades e dos objectivos definidos.

Assim, e face ao que foi exposto ao longo desta reflexão, definimos cooperação como um conjunto de interacções entre actores sociais, que se articulam entre si, comunicando e estabelecendo uma relação de negociação e confiança, com vista à realização de finalidades e prossecução de objectivos do interesse de todos.

Pelo exposto, podemos dizer que a cooperação se situa em torno de uma problemática organizacional, problemática essa, onde é necessário compreender, como determinados homens aceitam organizar-se numa busca de objectivos colectivos, admitindo que cada um deles deseja simultaneamente prosseguir os seus

próprios (Friedberg 1982).

Para que o possamos compreender, torna-se necessário aprofundar a nossa análise no que diz respeito às lógicas de acção na organização, nomeadamente ao nível da acção colectiva, dos compromissos e acordos assumidos, onde a matriz cultural e identitária, não pode ser descurada uma vez que o passado dos actores e das organizações, interage fortemente no processo de regulação conjunta.

No sentido de darmos continuidade á reflexão sobre a cooperação organizacional, debruçamo-nos em seguida sobre as dimensões que a sustentam.

1.2 – COOPERAÇÃO – IDENTIDADE E CULTURA ORGANIZACIONAL NA BASE DAS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES

Na literatura o aspecto cooperativo é abordado segundo várias perspectivas, a nós interessa-nos particularmente as abordagens que enfatizam nas modalidades de construção feitas pelos actores do processo de cooperação e aquela que está subjacente ás próprias organizações em si, onde a cooperação estabelecida é essencial para o bom funcionamento e desenvolvimento destas, funcionamento esse assente numa abordagem dinâmica, cujo ênfase se situa na interacção estabelecida e na interdependência entre pares, onde subjaz o carácter aberto das organizações (Luz 1995).

Comecemos pela cooperação efectuada pelos actores, dirigindo a nossa atenção para as modalidades de construção e para os processos sociais que a permitem, nomeadamente nos acordos estabelecidos, na identidade e cultura subjacentes, colocando a tónica naquilo que mantém as pessoas juntas, isto é, no vinculo social que permite a cooperação.

Assim, os vínculos criados entre os actores, resultam de uma lógica de produtividade do ‘fazer em conjunto’ isto é os actores implícitos ou explícitos criam relações de confiança e de compromisso (Bernoux s.d.).

A cooperação é construída em torno de processos de regulação social, dos quais fazem parte regras e jogos de actores que permitem elaborar compromissos e acordos que não constituem necessariamente estados sociais imutáveis, mas sim, situações a

negociar tendo em conta as interacções estabelecidas entre os mesmos, a cultura subjacente e a identidade profissional.

Esta abordagem vem de encontro às teorias baseadas nas estratégias dos actores, onde se fundamenta que a organização não poderá assim existir independentemente dos actores e das relações de poder que estes estabelecem, feitas de conflitos e negociações, entre os mesmos (Crozier e Friedberg 1977).

Nestas estratégias e apesar das relações de confiança estabelecidas no processo de cooperação, não quer dizer que não surjam situações de confronto, no entanto, não será o conflito em si a situação mais importante, pois este, é muitas vezes propulsor do desenvolvimento.

Importa sim chegar a uma negociação, onde os objectivos individuais e colectivos possam ser atingidos, respeitando os compromissos assumidos, numa dialéctica formal e informal de acção colectiva.

Segundo Zay (2000) a negociação é feita não só da homogeneidade ou do consenso, mas sim da heterogeneidade e do reconhecimento a possibilidade de conflito, não negando este último, mas construindo um compromisso entre os actores tanto professores como formadores do terreno, no caso da educação.

Esta negociação deverá ter por base uma lógica corporativa e uma cultura profissional, onde se misturam valores, normas profissionais, maneiras de ser e de fazer comuns.

No caso da cooperação entre a organização escolar e a empresa (organização de saúde), cujo objectivo último consiste na qualificação e desenvolvimento profissional, encontramos-nos perante uma situação de trabalho e ao mesmo tempo de 'construção de modelos culturais' (Sainsaulieu 1997).

As relações entre os pares são caracterizadas por uma grande riqueza afectiva e cognitiva, valorizando a solidariedade, o crescimento e as diferenças experiénciais.

O crescimento, a qualificação e o desenvolvimento profissional e organizacional, constituem o valor central de referência em torno do qual se desenvolvem também dimensões de autonomia e independência, tornando-se a cultura uma construção social dependente da situação de trabalho, onde a aprendizagem é resultante de uma interacção entre os actores que a reconhecem, levando também a uma evolução das

próprias identidades.

A própria cultura e a identidade constituem sistemas de regras e valores que regulam as relações de cooperação estabelecidas, sendo estas ensinadas e transmitidas, estabelecendo vínculos, atitudes e valores comuns.

A este propósito Lopes e Recto (1990), conforme é abordado por Luz (1995), delimita-se também a emergência de um novo paradigma, onde se revela uma identidade colectiva, resultante de uma matriz diferenciada de valores em que se desenvolvem visões diferentes e negociadas da realidade.

Nesta perspectiva os valores associados às práticas profissionais e organizacionais servem de veículos à própria cultura, contribuindo para a socialização profissional e organizacional do sujeito.

O contexto surge assim como um meio de culturas, em que os actores fazem uso tanto da ‘cultura interna’ ou própria cultura, como levam para o seu interior a cultura da escola, tornando-se estas potenciadoras da qualificação e desenvolvimento de competências no local de trabalho, no caso em estudo, fazendo da formação inicial a base da formação continua dos actores envolvidos na orientação dos alunos.

Desta forma a colaboração pré-definida e racionalizada dá lugar a uma cooperação transversal e multisectorial de lógicas plurais, onde subjaz uma cultura profissional promotora da construção e (re)construção identitária à qual o próprio modelo organizacional subjacente, não é alheio como veremos no capítulo seguinte.

1.3 – COOPERAÇÃO E ORGANIZAÇÕES APRENDENTES OU FORMANTES: EMERGÊNCIA DE UMA NOVA FILOSOFIA

Nos novos modelos sócio-produtivos, a cooperação entre os principais parceiros (internos e externos), ocupa lugar de destaque estando no centro dos mesmos, ela é indispensável ao seu bom funcionamento, provindo do relaxamento da rigidez organizacional de forma a permitir a gestão de acontecimentos imprevisíveis e ao mesmo tempo a valorização dos envolvidos.

Esta redefinição fez emergir novas reflexões que de certa forma se contrapõem àquelas que eram feitas em décadas anteriores.

Verifica-se hoje que as valorizações advêm da própria aprendizagem que se faz em contexto de trabalho, favorecendo não só a formação dos seus membros, como da própria organização.

O desenvolvimento de competências é visto como um dos factores estratégicos essenciais para assegurar a competitividade e o desenvolvimento sustentável não só da empresa em si como dos próprios intervenientes.

Esta questão tem estado no centro de numerosas discussões acerca da criação de ambientes organizacionais e pedagógicos, que propiciem o desenvolvimento de competências, o espírito de iniciativa e a responsabilidade.

As Escolas de Enfermagem e os Serviços de Saúde nos quais se realizam os ensinamentos clínicos ou estágios¹, constituem exemplos reais e próximos, de organizações entre as quais se estabeleceram parcerias, operacionalizadas por cooperações estabelecidas formal e informalmente entre os parceiros de formação, que necessitam desenvolver a sua actividade no seio de organizações cuja estratégia deverá permitir a qualificação, a aprendizagem colectiva e conseqüentemente o próprio desenvolvimento dos recursos humanos e da organização.

A perspectiva de aprendizagem como central à filosofia da organização, onde este processo é permanente e globalizante foi já abordado em diversos estudos. Luz em 1995, faz referência à necessidade destas organizações se aproximarem do modelo denominado ‘Organizações Qualificantes’, definido por Stal, Veltz e Zarifien.

Petit e Dubois, focam também estes modelos, desta vez associados à cooperação estabelecida, desenvolvendo o modelo de ‘Organização Aprendiz ou Formante’, que na nossa perspectiva, se aproxima daquele que desejaríamos como espaço de qualificação e desenvolvimento, uma vez que apesar de ter características semelhantes àquele que foi estudado por Luz (Organizações Qualificantes), consideramo-lo mais abrangente e menos normativo, abrindo até uma perspectiva para o trabalho em rede, pois segundo os autores, uma das características essenciais da Organização Aprendiz consiste “*num sistema de aprendizagem organizacional baseado na troca com outras empresas*” (Petit e Dubois 2000: 124).

¹ O termo estágio será utilizado ao longo deste trabalho como sinónimo de ensino clínico, porque embora o primeiro conceito não seja adequado às características das práticas aqui descritas, ele é utilizado tanto em documentos oficiais como por diversos autores como similar.

Assim, segundo os mesmos autores, as Organizações Aprendentes provêm de uma dupla perspectiva que alia a aprendizagem individual, à colectiva e organizacional.

A Organização Aprendente é detentora de uma estrutura que favorece a aprendizagem de todos aqueles que nela actuam, mudando colectivamente os seus conhecimentos, valores e modelos.

Para tal, é essencial que a própria organização esteja aberta ao seu meio envolvente, de modo a poder importar ou ‘aprender’ novos conhecimentos, para que eles se tornem parte integrante do ‘*know-how*’ (Nyhan 1999).

Consideramos ainda necessário criar estratégias para a difusão desse conhecimento, através de processos de cooperação que promovam o desenvolvimento de competências de modo a que todos os actores envolvidos possam aprender e ao mesmo tempo formar, tornando-se assim as organizações envolvidas em ‘Organizações Aprendentes e Formantes’.

O modelo de Organização que Aprende, apresentado por Nyhan (1999), centra-se em todo o pessoal cuja aprendizagem se desenvolve em contexto organizacional sistémico e global.

Estas organizações estão direccionadas para o preenchimento do fosso que separa a teoria da prática, desenvolvendo capacidades individuais de aprendizagem relativamente a objectivos específicos.

A novidade neste conceito, consiste na ideia de ensinar a vários, não só paralelamente uns ao lado dos outros, mas em complementaridade, através da cooperação. As organizações pelas redes de troca que instauram tornam-se aprendentes e ao mesmo tempo formantes.

Parece-nos ser este modelo transponível para a nossa realidade, nomeadamente no contexto do ensino clínico, pois “*A produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude permanente de interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate*” articulando as diferentes vertentes da formação inicial e contínua, pois “*a educação e a formação de qualidade dos alunos é praticamente irrealizável à margem de uma formação, também de qualidade relevante e efectiva dos professores (...) e enfermeiros*” (d’Espiney 1997: 173).

Aqui o conteúdo do trabalho transforma-se em conteúdo de aprendizagem numa circulo de constante aperfeiçoamento, actuando ao nível das competências e qualificação num efeito formador da experiência vivida inscrevendo-se numa lógica de acção e de processo, conforme é referido por Schön ao descrever o processo de aprendizagem baseado na prática reflexiva “*Cada tipo de aprendizagem alimenta a outra*” (Schön 1992: 151).

Nas organizações cujos modelos se aproximam das Organizações Aprendentes ou Formantes é permitido aos actores intervenientes, fazer opções tendo em conta as interacções estabelecidas numa base de comunicação, pois a comunicação activa, multi-direccional e sem entraves é condição essencial para o sucesso.

O individualismo é destronado em prol do colectivo (co-responsabilidade, co-orientação, co-resolução) devendo ainda reunir como características:

- Uma abordagem de aprendizagem da estratégia;
- Uma elaboração participativa da política da empresa;
- Uma nova diligência de informação;
- Um sistema responsável e de controlo formador;
- Uma lógica interna de troca;
- Um sistema de recompensa flexível;
- Estruturas organizacionais que criem oportunidades de desenvolvimento;
- Colaboradores virados para o ambiente da organização;
- Um sistema de aprendizagem organizacional baseado na troca com outras empresas;
- Um clima favorável à aprendizagem baseado na experiência e experimentação;
- Oportunidades de auto-formação para todos (Petit e Dubois 2000).

Fazendo a ponte para a realidade em estudo, pensamos ser necessário que as organizações envolvidas (Escola e Serviços de Saúde), reúnam algumas destas características, para que a cooperação estabelecida possa conduzir à construção de trajectórias qualificantes e à aprendizagem dos envolvidos.

A abordagem tradicional, onde as práticas eram estreitamente localizadas, ordenadas e a participação de certa forma efémera, sujeita a limites fixados e onde a incerteza era recusada, terá que dar lugar aos novos modelos, onde o jogo é aberto,

deixando aos actores envolvidos no acompanhamento e orientação² dos alunos, zonas de negociação que lhes permite construir novas relações e fazer aprendizagens baseadas na confiança, na comunicação e interacção de conhecimentos, onde a responsabilidade é partilhada.

Esta confiança e interacção terá que ter subjacente uma estrutura adequada baseada na estratégia dos actores que permita estabelecer e construir a cooperação, para que desta forma, eles próprios se desenvolvam e se tornem um recurso de desenvolvimento.

Mas, será que as organizações conseguem realmente assumir esta estratégia e constituírem-se como espaços de qualificação e desenvolvimento profissional?

Para melhor conhecermos esta ‘articulação’ entre as organizações e a própria estratégia dos actores e para que posteriormente possamos compreender o ‘processo’, faremos no capítulo seguinte uma abordagem à cooperação na formação em enfermagem especificando-a também no contexto do ensino clínico.

² Os actores envolvidos na orientação de alunos são dois: professores e enfermeiros.

Atendendo ao facto deste processo receber por parte de alguns autores, uma nomenclatura diferenciada, uns apelidam-no de *supervisão*, outros de *orientação*, pelo que queremos definir desde já a nossa posição.

Assim Alarcão e Tavares(1987), referem-se a este processo de ensino/aprendizagem, como *supervisão*, definindo-o como um processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta outra pessoa no seu desenvolvimento humano e profissional.

Já Vieira segundo Franco, define *supervisão* como actuação de monitorização sistemática da prática pedagógica, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.

Franco no estudo que desenvolveu sobre a orientação de alunos em ensino clínico, define este processo como *orientação*, assente na arte de encaminhar, guiar e informar, levado a afeito por um indivíduo com categoria superior ou mais experiência. Este autor chega à conclusão que estes dois termos, poderão ser complementares, e tomados “*como equivalentes atendendo à opinião dos diversos autores*”(Franco2000:34).

Também nós assim o consideramos, e uma vez que o termo *orientação*, é muito empregado pelos autores que o estudaram e pelos normativos que regulamentam o Ensino Clínico de Enfermagem, optamos pela sua utilização ao longo deste estudo.

2 – A COOPERAÇÃO NA ENCRUZILHADA DA FORMAÇÃO – O CASO DO ENSINO CLÍNICO

Desde sempre a formação em enfermagem esteve ligada à prática, sendo o contexto de trabalho o local privilegiado para a construção dos saberes uma vez que *“a formação prática, directamente ligada ao trabalho, que parte dos problemas concretos e permite resolvê-los propiciando-lhes um benefício tangível”* (Dubar 1997: 50), sendo esta formação ao mesmo tempo indutiva e dedutiva.

É ali no seio das organizações de saúde, que os formandos se confrontam com as diferenças entre o que aprenderam na escola e o que vivenciam na prática, prática essa que atravessa todo o plano de curso baseado na alternância entre períodos escolares e períodos de prática clínica denominados por ‘Ensino Clínico’, sendo este *“a melhor forma de organizar as actividades práticas, que desenvolvidas em ambiente profissional, permitem aos estudantes, além de aprender a executar técnicas, desenvolver outras competências, nomeadamente: relação interpessoal de ajuda, pensamento crítico, capacidade para avaliar e decidir e utilizar métodos de trabalho com bases científicas”* (Longarito 1999: 21) ou *“como um espaço e um tempo de excelência para o desenvolvimento de competências cognitivas, instrumentais, de relação interpessoal e crítico reflexivas”* (Longarito 2002: 27).

É ainda definido como *“uma parte da formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante aprende, integrado numa equipa, em contacto directo com o indivíduo são ou doente (...) a planear, executar e avaliar cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir de conhecimentos adquiridos (...) sob a responsabilidade dos enfermeiros docentes e em cooperação e assistência de outros enfermeiros qualificados”* (Directiva Comunitária 77/453/CEE).

A estas duas definições encontra-se subjacente, a necessidade de conjugação dos diferentes saberes, onde a lógica do desenvolvimento formativo, se constrói aliando a vertente técnica e sócio-relacional a uma sólida formação científica e ética num saber contextualizado às situações de trabalho, procurando o desenvolvimento progressivo

e integrado do aluno e ao mesmo tempo dos responsáveis pelo acompanhamento e orientação dos mesmos (professores e enfermeiros). Tudo isto sustentado num processo coproduzido com os destinatários da formação através da interacção estabelecida pela cooperação numa lógica de complementaridade (Canário 1997).

Para nos podermos debruçar e conhecer melhor os processos de cooperação na formação em enfermagem, assim como a estratégia dos actores que a operacionalizam no contexto do ensino clínico, e sobre a forma como essa cooperação estabelecida entre professores e enfermeiros para acompanhamento e orientação dos alunos, poderá influenciar as aprendizagens, torna-se necessário efectuar um enquadramento desta formação.

Uma vez que a formação prática esteve desde sempre ligada ao ensino de enfermagem, sendo no entanto os saberes construídos e sustentados em modalidades diversas ao longo dos tempos, devido às transformações sociais que têm também afectado o nosso ensino, pensamos que para melhor compreender-mos a realidade actual e a forma como hoje se perspectiva a formação em enfermagem assim como a articulação entre teoria e prática, deveríamos partir da evolução histórica da mesma.

Debruçamo-nos em seguida sobre a caminhada histórica em que ocorreram os desafios da afirmação da enfermagem (Silva 2001).

2.1 – FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM – DO PASSADO AO PRESENTE

Deve-se essencialmente a Florence Nightingale (Século XIX), os primeiros passos na formação de enfermeiras, com a introdução do Ensino Teórico Esquemático da Enfermagem, independentemente de outros serviços sociais.

Após os primeiros passos dados em Inglaterra, rapidamente as escolas e organizações de enfermagem surgiram por toda a parte e se espalharam pelo mundo civilizado.

Também em Portugal se começou a sentir necessidade *“de fazer algo mais pela consecução de uma classe de enfermeiros conscientes e empenhados”* (Nogueira 1990: 133).

Foi então criado em 1889 um ‘Curso de Enfermeiros’ destinado aos empregados

em serviço no Hospital de São José. Da organização do mesmo foi encarregado o conhecido cirurgião Dr. Artur Ravara.

Em 1910 foi então criada por decreto a primeira ‘Escola Profissional de Enfermeiros’, sediada no mesmo hospital. Esta escola tinha como objectivo *“ministrar aos assistentes de doentes nos hospitais a instrução doutrinária, técnica e os conhecimentos de prática que as exigências da ciência reclamam, devendo estes profissionais cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e prestar cuidados de enfermagem a doentes”* (Nogueira 1990: 134)

O curso tinha a duração de um ano, com um ano complementar para quem desejasse obter o ‘Curso Completo de Enfermeiro’.

Nesta época o curso era eminentemente prático, desenvolvido no hospital, o ‘saber’ em enfermagem era compreendido pela capacidade de *“desempenhar tarefas e procedimentos, sendo estes entendidos como a arte em enfermagem”* (Franco 2000: 34).

A vertente ‘técnica’ surge como uma das primeiras formas de ‘saber em enfermagem’.

Este saber emerge como resposta à estrutura hospitalar, baseada na racionalidade económica de maior produção, um pouco à luz do Taylorismo, onde o parcelamento do trabalho é resultante da autonomia técnica.

A formação era essencialmente baseada na prática clínica, funcionando os estudantes como ‘mão de obra barata’ (Franco 2000).

O modelo de formação era o ‘modelo bio-médico’ e a enfermagem não tinha qualquer autonomia, as escolas estavam nesta altura totalmente ligadas aos serviços de saúde, podendo até considerar-se haver um certo desfasamento entre a escola e a profissão em si. *“O estudante prestava cuidados nas Enfermarias escola segundo as necessidades do próprio serviço, completando a sua formação em sala de aula no final de 4/5 horas de trabalho prático”* (Luz 1995: 33).

Até meados da década de 50 o caminho percorrido pela enfermagem em Portugal não foi brilhante.

Com o alargamento do ensino de enfermagem a todo o país e com a ‘Reforma do Ensino de Enfermagem’ em 1952 algumas alterações foram introduzidas, no entanto

as escolas continuaram a formar muitos auxiliares de enfermagem e poucos enfermeiros, agravado ainda pela carência de monitores, a média era de 1/40 alunos (Sousa 1983).

Em 1965 com a publicação do Decreto n.º 46448 de 20 de Julho, no qual se definem as categorias profissionais dos enfermeiros das escolas, embora integrados na mesma carreira de enfermagem dos enfermeiros da prática, em conjunto com outras acções guiadas pelo Ministério da Saúde para melhorar o ensino de enfermagem, resultou aquilo que Sousa chamou 'A Grande Reforma do Ensino de Enfermagem em Portugal' (Sousa 1983).

Procurou-se que o ensino de enfermagem fosse muito mais enriquecido e um pouco menos valorizada a matéria da medicina. A distribuição das disciplinas teóricas e dos ensinamentos clínicos, passaram a obedecer a critérios onde a continuidade na aprendizagem dos estudantes ocupava lugar de destaque.

As escolas melhoram a sua acção pedagógica, especialmente no que diz respeito à definição de objectivos educacionais, métodos de ensino, orientação de alunos e métodos de avaliação. Foi ainda definido que o ensino clínico deve ser realizado como complemento da teoria, fazendo-se preceder pela componente teórica, a fim de os tornar mais assimiláveis e profícuos, verificando-se assim uma preocupação com a articulação teoria/prática.

“Os estágios (ensinos clínicos) passaram assim a ter uma ligação directa com o ensino teórico” (Luz 1995: 33).

Em 1976 surge uma nova reforma, sendo feito um programa único e nacional para o ensino de enfermagem, é ainda publicado, o regulamento das Escolas de Enfermagem.

O curso estava dirigido para uma formação básica polivalente, sendo esta polivalência traduzida na capacidade de actuar aos três níveis da prevenção, junto do indivíduo e da comunidade, mais uma vez integrando conhecimentos obtidos através da articulação entre teoria e prática.

Os enfermeiros eram preparados como agentes de transformação com conhecimentos abrangentes e diversificados integrando conceitos de saúde, pedagogia, gestão e investigação. Também os enfermeiros da carreira docente continuavam a investir na sua formação (Sousa 1983).

De referir que ainda nesta década em 1979, foi criado um grupo de trabalho para estudar a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, o que só se concretizou nove anos mais tarde em 1988 pelo Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro.

Posteriormente, em de 15 de Setembro de 1989 as Escolas de Enfermagem são convertidas em Escolas Superiores de Enfermagem. Surgem assim novos desafios e também novas dificuldades.

De acrescentar que na sequência destas directrizes, os docentes transitam para uma nova carreira em Agosto de 1992, à parte da carreira de enfermagem.

Aos docentes foi exigida mais formação, assim como a responsabilização e participação nas estruturas da escola sendo os tempos de trabalho repartido em tarefas de planificação, gestão, aulas teóricas e acompanhamento dos alunos em ensino clínico (Franco 2000).

Associando esta evolução do ensino de enfermagem, à considerável importância atribuída ao Ensino Clínico uma vez que pela Directiva 453/CEE e pelo e pela portaria 799-D/99 de 18 de Setembro, que quando faz alusão á estrutura curricular do curso de Licenciatura em Enfermagem, no ponto 3 do artigo 3.º, refere que a *“duração do ensino clínico de enfermagem deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso”*, novas formas e estratégias de formação emergem.

Face à importância relevante que este assume na construção da identidade profissional, verificamos que as experiências adquiridas constituem um elemento chave sendo das mais importantes em toda a formação profissional (Jacobi *in* Espadinha e Reis 1997).

Desta forma é impossível dissociar a formação inicial de enfermeiros do contexto de trabalho, perspectivando-se como o início de um processo de formação ao longo da vida, assumindo vital importância a cooperação e articulação entre a organização escola, eminentemente burocrática, fonte de saberes teóricos, e organização de saúde, tendencialmente corporativa, fonte de saberes práticos.

Apesar do distanciamento por vezes existente entre estes dois saberes pois *“na Enfermagem e noutras profissões, há uma discrepância entre aquilo que as teorias sugerem e aquilo que na prática ocorre”* (Costa 1998: 25), é importante o estabelecimento de processos de cooperação.

Uma vez que o paradigma hoje subjacente à formação já não é o paradigma da categorização, sustentado no modelo bio-médico, mas sim o paradigma da transformação, constituído numa base de abertura das Ciências de Enfermagem para o mundo, onde as comunicações se intensificam dando lugar a uma proliferação de experiências, no sentido de permitir que o processo de formação dos futuros profissionais seja efectivo.

Podemos ainda acrescentar que esta interacção e principalmente o ensino clínico constitui também para os orientadores dos alunos, um contexto particular de formação, pois a *“partilha e troca de saberes”* permitem *“reflectir e debater colectivamente essa mesma prática introduzindo, simultaneamente, novos elementos reguladores e correctores da acção”* (d’Espiney 1997: 180).

Mas, para que esta formação conduza ao desenvolvimento é necessário estabelecer uma articulação, onde a teoria não esteja dissociada da prática. Professores e enfermeiros, deverão reunir competências e definir estratégias de operacionalização da cooperação no acompanhamento e orientação dos alunos, que permita identificar os valores profissionais que necessitam ser partilhados, com vista a superar formas alienadas de desenvolvimento, para dimensões mais produtivas.

Só assim se atingirá uma forma coerente de articulação entre teoria e prática, através de uma interacção entre a escola e serviços de saúde, num processo de cooperação efectiva entre os actores envolvidos na orientação dos alunos em ensino clínico, do qual deverá resultar além da qualificação destes últimos, o desenvolvimento dos recursos humanos (professores e enfermeiros) e consequentemente das instituições envolvidas.

2.2 – CONTEXTOS DE FORMAÇÃO / CONTEXTOS DE COOPERAÇÃO – A ESCOLA E OS SERVIÇOS DE SAÚDE

A emancipação da profissão de enfermagem resulta da sua afirmação identitária que lhe permite *“demarcar territórios de competência e de jurisdição profissional”* (Loureiro 2001: 26) manifestando-se pela criação de um corpo de conhecimento resultante da clarificação do seu objecto de trabalho, o Homem (numa visão holística), da identificação do método de trabalho, utilizando um modelo conceptual

baseado em metodologia científica, da utilização de uma linguagem científica própria, que em parte compartilha com outros técnicos de saúde, e pela validação dos seus saberes técnicos e práticos, assim como pela produção de provas de validação fundamentadas em investigação científica não sendo a tudo isto alheio o seu processo de ensino e formação.

Numa altura em que a profissão de enfermagem se encontra num processo sustentado de mudança, perante a afirmação de uma identidade própria e dum espaço funcional específico, subjacente a uma afirmação académica e social, analisar as formas como articula os seus processos de formação é uma tarefa aliciante e gratificante, dado que *“A articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção constituem dimensões muitas vezes completamente ignoradas”* (Canário 1997: 130).

Apesar da evolução pela qual o ensino de enfermagem tem passado nas últimas décadas, como já constatámos continua a ser na prática clínica que os futuros enfermeiros se consciencializam dos papéis que os profissionais desenvolvem e as competências necessárias ao seu desempenho, tendo esta prática também repercussões nos profissionais e nas organizações.

A enfermagem tem sofrido transformações sócio-profissionais e identitárias, construindo uma autonomia pela demarcação social e científica do poder médico, assumindo-se como um importante grupo profissional nas instituições hospitalares pela importância da sua intervenção junto dos utentes.

É através das inter-relações estabelecidas com os diferentes actores intervenientes no contexto dos serviços de saúde que se constrói e (re)constrói a identidade profissional (Abreu 1997).

Face às transformações sociais, aliadas a um processo de crescimento tão rápido como o que vimos vivendo torna-se necessário por parte das organizações de saúde a definição de estratégias para fazer face aos novos desafios, de melhoria da qualidade dos cuidados que presta à sociedade, objectivo central a esta organização.

A Escola, tendo em conta o exposto no capítulo anterior, terá também que definir inovações pedagógicas com etapas formativas de alternância que possam ser promotoras de qualificação e desenvolvimento.

Referimo-nos à alternância, por ser esta a metodologia de formação que se centra na relação entre a teoria e a prática, isto é, *“sobre os dispositivos que aliam a formação teórica à formação prática”* (Malglaive 1997: 55).

Também porque esta metodologia considera a dimensão formadora da empresa, procurando *“a integração lógica da formação e da produção”* (Luz 1995: 38), ao que nós acrescentávamos o desenvolvimento.

No caso da formação em enfermagem, esta articulação entre a escola e as organizações de saúde, é compreensível porque *“é à prática profissional que pertence conferir sentido a toda a formação superior, mobilizando-a através das situações, tal como se vivem na realidade quotidiana e tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo saúde/doença, tanto para os que prestam cuidados como para os utilizadores”* tudo isto para permitir *“reduzir o fosso entre os locais de prática profissional e os locais de reflexão”* (Collière 1999: 202), tornando-os em locais de acção ↔ reflexão.

A formação assume um cariz importante ao validar uma reflexão crítica e fundamentada das problemáticas e saberes, que lhe são próprios.

Por tudo isto é cada vez mais *“reconhecido o interesse em envolver no sistema de ensino – formação uma maior diversidade de actores”* (Rodrigues 1998: 152) ensaiando modalidades concretas de articulação.

Adoptar um procedimento estratégico face aos diferentes momentos e níveis de formação perspectiva um modelo que privilegia a aprendizagem pela experiência e o desenvolvimento de competências, utilizando processos sócio-profissionais que reflectem as capacidades individuais. Este processo encontra-se ligado às competências exigidas tanto pela formação inicial como pelo contexto de trabalho e do reconhecimento da sua dimensão formativa, implicando uma transição de processos tradicionais de formação para uma concepção dinâmica, concebida como espaço mobilizador de transformação e reflexão da formação e do exercício sócio-profissional.

A formação de enfermeiros, depara-se com a necessidade de uma articulação organizacional entre escola e unidade de saúde, processo complexo pelas características da formação que implica uma interacção sustentada entre diferentes grupos profissionais, processo este que permita não só a aquisição de competências

por parte dos estudantes, mas também a acção reflexiva por parte de enfermeiros e professores, conducentes ao desenvolvimento profissional.

Torna-se necessário um modelo de cooperação dinamizado por professores e enfermeiros, associando saberes teóricos e práticos que produzam novos saberes e constituam um modo de estar na profissão, permitindo aos profissionais o acesso a contextos de trabalho em mudança reflexiva, fruto da articulação efectiva entre processos de formação contínua e inicial.

A formação em contexto de trabalho alicerçada na cooperação entre a escola e as organizações de saúde assume uma importância fundamental nos processos de formação de enfermeiros, necessários perante a constante evolução científica e social associada à área da saúde, em que a adopção de novas formas de procedimento e reflexão se associa a novas formas de organizar os métodos de trabalho. Perspectivando-se cada vez mais aos enfermeiros a formação inicial como o começo de um processo contínuo de construção de competências profissionais necessárias para o desempenho da sua actividade e estabelecer o seu percurso profissional com os níveis de qualidade e exigência que actualmente lhes são exigidos, torna-se fundamental reflectir sobre a forma de construir esse processo de formação, de forma a produzir transformações de natureza institucional.

Serão também os dispositivos legais facilitadores deste ‘envolvimento’ e cooperação?

A Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro) no Artigo 3.º refere que o sistema educativo organiza-se de forma a *“desenvolver a capacidade para o trabalho, com base numa sólida formação geral”*.

Também no Artigo 11.º referente ao âmbito e objectivos do ensino superior, no ponto quatro lê-se *“o ensino politécnico visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior (...) e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de actividades profissionais”*.

Esta lei apresenta uma visão escolarizada, no entanto salienta a necessidade de proporcionar uma ‘sólida formação’ que em nosso entender só poderá advir dos contextos de formação e portanto da cooperação entre as organizações intervenientes.

O Decreto-Lei n.º 320/87 que regulamenta a formação em enfermagem e que

serviu de base à Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, que define os princípios gerais do plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, aponta para a necessidade de colaboração de outras entidades, pois no Artigo 5.º diz 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*”.

Também os estatutos³ da organização escolar aqui em estudo pois fazem referência à necessidade de ligação entre a escola e o meio envolvente, à ‘cooperação com outras entidades’ e à ‘articulação entre a formação inicial e continua’, com vista à qualificação e desenvolvimento profissional.

Parece-nos poder afirmar que os normativos subjacentes à organização escolar apontam no sentido da abertura ao exterior, da articulação e da cooperação.

E as organizações de saúde terão elas também suporte legislativo para esta estratégia?

O Despacho 8/90 de 17 de Março refere que “*todos os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às escolas superiores de enfermagem, nomeadamente:*

- *Facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequados à formação de novos enfermeiros;*
- *Permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços”.*

A Lei de Bases da Saúde Lei 48/90 de 24 de Agosto e ainda em vigor refere que “*O Ministério da Saúde colabora com o Ministério da Educação nas actividades de formação a cargo deste*”, não sendo específica quanto à forma de colaboração.

Já o estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro no Artigo 36.º faz menção à “*cooperação no ensino e na investigação*”, facultando campos de prática profissional mediante o estabelecimento de protocolos.

Verificamos assim que os sistemas decisoriais abrem espaço para a articulação

³ Não fazemos referência ao documento normativo a fim de salvaguardar a confidencialidade sobre a identidade da organização em estudo.

entre a organização escola e as organizações de saúde, embora só alguns deles se refiram especificamente à cooperação.

Porque o aprofundamento nas áreas do saber é fundamental tanto para a qualificação e desenvolvimento dos recursos humanos como para a prestação de cuidados de qualidade, emergem cada vez mais estratégias de parceria e processos de cooperação entre as organizações escolares e de saúde.

Também as organizações em estudo o formalizaram através de um ‘Protocolo de Cooperação’, abrangendo este várias áreas que vão desde a partilha de recursos humanos e materiais, reserva de vagas específicas para formação à colaboração no domínio da investigação.

No entanto esta cooperação, reveste-se de particular interesse no caso do ‘ensino clínico’.

No referido protocolo faz referência à necessidade de cooperação activa no sentido de promover a articulação entre a teoria e a prática, com vista à construção e progresso da acção pedagógica e do desenvolvimento profissional.

A operacionalização desta cooperação pressupõe a cedência de espaços para o desenvolvimento das actividades previstas, bem como a existência profissionais capazes de as fomentar. Assim, o Enfermeiro Director da organização de saúde deverá indicar anualmente um ‘enfermeiro orientador’ por serviço, com conhecimentos técnicos e científicos em enfermagem, capacidades pedagógicas, relacionais e de comunicação, com evidência na sua prática profissional para assumir, conjuntamente com o docente responsável pelo ensino clínico e os enfermeiros da equipa, a orientação e avaliação dos alunos.

Esta operacionalização terá que ter subjacente não só a cooperação organizacional, mas também uma estratégia de actores consonante, representado esquematicamente na figura n.º 1.

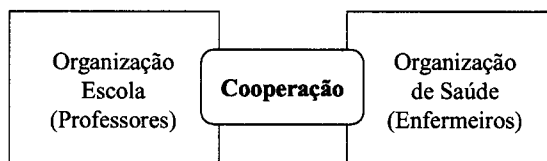


Figura n.º 1 – Cooperação Organizacional

Tanto o docente responsável pelo ensino clínico como o enfermeiro orientador devem participar e co-orientar as actividades pedagógicas decorrentes do mesmo, desde o planeamento, apresentado e discutido em reunião prévia, à orientação e avaliação global, quer no que concerne aos aspectos de organização, quer no que concerne ao grau de aprendizagem atingido pelo grupo.

Desta forma procura-se fomentar a inter-relação entre os contextos formativos e de trabalho com o propósito de contribuir, quer para a melhoria da qualidade que dos cuidados prestados aos utentes, quer da formação dos actores envolvidos, o que só poderá ser atingido através de uma cooperação efectiva entre as organizações tal como foi definida por Santos (1999), Petit e Dubois (2000) e Cravinho (2001), com características como:

- Comunicação inter-organizacional efectiva;
- Relação de confiança mútua;
- Realização de actividades com finalidades e prossecução objectivos comuns (qualidade);
- Interacção sistemática e efectiva entre os actores sociais.

Estará ainda aqui subjacente o modelo de Organização Aprendiz onde o individualismo é destronado em prol do colectivo e o sistema de aprendizagem baseado na troca como referem Petit e Dubois (2000), sublinhado por Barroso (1997) citando Garvin (1993: 84) que a define como *“uma organização especializada em criar adquirir e transferir conhecimento e em modificar a sua acção para reflectir os novos conhecimentos e compreensões”*.

Terá o processo de cooperação aqui em estudo subjacente esta filosofia?

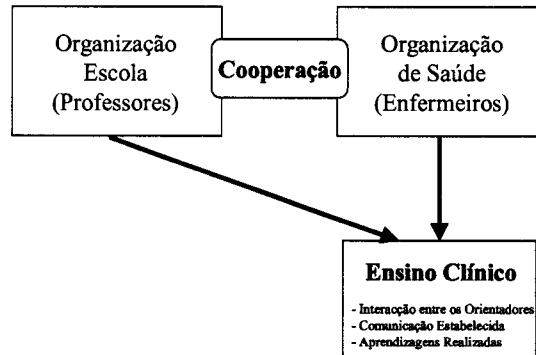


Figura n.º 2 – Cooperação e Aprendizagem Organizacional

Partindo do pressuposto que “*as teorias centradas sobre as estruturas dão lugar às teorias centradas sobre os actores e que às análises centradas nos determinismos estruturais sucedem as análises em termos de estratégias de actores*” (Marques 1994: 48), centremo-nos pois agora nestes últimos.

Conscientes que a “*a análise estratégica mostra que os actores possuem um espaço de liberdade importante em relação aos objectivos da organização*” (Petit e Dubois 2000: 115) sendo a cooperação considerada a partir de jogos de poder, tendo em conta não apenas os objectivos organizacionais mas também os objectivos e finalidades dos actores.

Reforçado pelo facto de que “*é tempo de colocar no centro da análise sociológica o actor e a indeterminação das suas escolhas, ou, mais precisamente, a ponderação que o actor faz entre os seus objectivos e as possibilidades, as ‘oportunidades’ que a organização lhe permite*” (Bernoux s.d.: 110) colocam-se algumas questões.

Estarão os actores responsáveis pela operacionalização desta cooperação (a

orientação de alunos em ensino clínico), também embuídos neste processo, ou apenas dispostos a ajudar ou colaborar sem se sentirem realmente cooperantes?

2.2.1 – A Cooperação na Orientação de Alunos em Ensino Clínico – Directrizes Organizacionais e Estratégias de Actores

As características particulares da formação em enfermagem ligadas ao carácter iminente prático e associada à evolução verificada na última década, requer da parte dos responsáveis pela mesma uma intervenção no sentido de proporcionar a todos os que usufruem desta formação, uma abordagem qualificante, onde o saber prático surja sustentado num saber teórico articulados numa acção reflectida.

É nesta perspectiva que a cooperação escola/organizações de saúde surge como paradigma emergente á formação em enfermagem.

A relação formação /trabalho, enquanto relação dialéctica contribui para a compreensão do fenómeno da cooperação, através da análise das práticas efectivadas no contexto e da estratégia dos actores.

Considerando a organização como um sistema dentro do qual os actores ocupam posições específicas num campo social onde os intervenientes entram em interacção, e sabendo que *“são de facto actores relativamente livres e autónomos que criam um sistema. Fazem-no funcionar através duma rede de relações em que negociam, trocam, tomam decisões”* (Bernoux s.d.: 134) há que conhecer o jogo bem como o intervalo entre as pessoas e o colectivo.

Os jogos, assim como o contexto, condicionam a estratégia dos actores e estes, por sua vez o funcionamento dos processos, e em última instância *“é o carácter indeterminado do jogo dos actores que constitui o fenómeno central de funcionamento e de desenvolvimento das organizações”* (Silva 2001: 253).

A estratégia organizacional, só poderá ter êxito se os actores envolvidos se constituírem eles próprios dinamizadores da mesma, sendo necessário para tal uma profunda abordagem aos factores condicionantes, quer potenciadores, quer constrangedores, para que possamos compreender a posição dos envolvidos.

2.2.1.1 – A Relação Teoria / Prática: Ideologias Tradicionais e Novas Lógicas de Articulação

Apesar da interligação e cooperação entre as escolas e organizações de saúde ser considerada apanágio do desenvolvimento profissional e da melhoria da qualidade dos cuidados, a dicotomia teoria/prática tem sido um aspecto apontado por vários autores, como constrangedor e por vezes gerador de conflitos entre os actores envolvidos na orientação de alunos em ensino clínico.

Miller (1985) refere que os docentes escrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser, enquanto que os profissionais dos serviços a praticam como ela é (Espadinha 1997).

Segundo Mestrinho (1997) os próprios conceitos correspondem a dois modos de apreensão diferentes: a teoria cujo eixo incide sobre o conhecimento e a prática sobre a experiência, sendo por isso necessária uma verdadeira articulação entre estas, para que não se oponham como dois estados irredutíveis, mas sim que se constituam num processo reflexivo, onde não se retira valor ao aprofundamento teórico necessário na busca de uma epistemologia de enfermagem cada vez mais essencial a uma prática com fundamento científico.

Também Silva, apesar de não realizar um estudo específico da formação em ensino clínico, inquiriu os enfermeiros acerca da adequação dos conhecimentos adquiridos na formação inicial à prática de enfermagem tendo verificado através do conjunto de testemunhos, que a formação ainda se encontra aquém da satisfação da realidade quotidiana da prática, criticando-se *“o divórcio entre teoria e prática”* (Silva 2001: 400).

Associados a esta dilemática outros constrangimentos têm sido referidos por investigadores que a estudam.

Já em 1986 O’Karen referia a necessidade da definição de objectivos de ensino/aprendizagem, a selecção conjunta de actividades, o conhecimento prévio de capacidades, da experiência e da adesão dos recursos disponíveis (professores e enfermeiros), podendo assim proporcionar-se uma colaboração real e efectiva com finalidades comuns configurando-se a articulação teoria/prática promotora do desenvolvimento de saberes (Longarito 1999).

A mesma autora refere-se ainda a um estudo realizado por Amador (1991), cujas sugestões apontam no sentido das relações de colaboração escolas/campos de estágio, propondo pontes de ligação entre teoria e prática, que poderiam passar por práticas periódicas dos docentes nos serviços, melhoria da comunicação e uma maior participação dos enfermeiros no processo formativo assim como o reconhecimento dos seus saberes profissionais.

Também Luz, ao estudar as organizações escolares e de saúde como organizações qualificantes, abordou a temática da dualidade teoria/prática, concluindo que apesar de se constatar uma melhoria na comunicação entre os actores envolvidos na orientação de alunos, os enfermeiros continuavam a não querer envolver-se na teoria, elegendo o professor como o formador por excelência. Verificou também que apesar de alguns enfermeiros adoptarem uma postura de co-responsabilização na formação prática, a socialização profissional parecia assentar em práticas disjuntivas, que apesar de não se encontrarem em conflito, não transpareciam numa cooperação assumida e sistemática (Luz 1995).

Longarito (1999) no estudo 'O ensino clínico: dificuldades, recursos e profissionalidade' refere que as práticas de planeamento adoptadas para todo o ensino clínico traduzem-se geralmente, numa reunião de preparação entre a equipa pedagógica e a equipa de enfermagem, sendo o guia orientados posteriormente enviado ao enfermeiro chefe que apesar do colocar à disposição da equipa é pouco consultado.

Parece-nos pois que este afastamento distanciará o processo de orientação de alunos de um verdadeiro e efectivo processo de cooperação, sendo erigido principalmente em duas dimensões onde subjaz o afastamento dos professores no que diz respeito aos problemas inerentes aos contextos da prática e o desconhecimento por parte dos enfermeiros das dinâmicas, filosofias objectivos e finalidades educativas propostos pela organização escolar.

A cultura dominante, onde a orientação era fragmentada e o enfermeiro pouco envolvido no processo, transparece em alguns relatos apresentados, verificando-se um distanciamento entre os actores envolvidos o que dificulta o preconizado.

Um processo efectivo de negociação, interacção e partilha, efectivado por uma aproximação mais estreita entre a escola e as organizações de saúde e

operacionalizada pelos actores intervenientes é essencial para que conhecimento técnico, científico e prático se articulem numa lógica reflexiva, onde as escolas e os contextos profissionais assumem o seu papel na formação.

A representação da teoria como conhecimento supremo e verdadeiro e da prática ligada apenas a aspectos de resolução técnica é insustentável num processo de cooperação.

A dicotomia entre o ‘pensar’ e o ‘fazer’ conduzem ao aprofundamento do fosso entre teoria e prática, repercutindo-se nas relações entre os orientadores, que protagonizam um jogo de poder sustentado no próprio saber constituindo este um trunfo determinante para orientar a relação em seu proveito. Os alunos são confrontados com este ‘fosso’ uma vez que desde o primeiro momento do ensino clínico, se deparam com as diferenças entre aquilo que vêem e aquilo que aprenderam.

Para que o estudante percepcione esta realidade de forma construtiva é necessário o recurso a estratégias adequadas que possibilitem a ligação efectiva entre as estruturas teóricas e práticas.

Também o desenvolvimento profissional e organizacional surgirá comprometido por esta dicotomia, uma vez que a reflexão conjunta efectuada pelos actores detentores dos diversos saberes tanto teórico como prático, não se faz ou é conflitual e privado de negociação, comprometendo a mudança de comportamentos, a auto-formação, valorização pessoal e a melhoria da qualidade dos cuidados como é referido por Bento (2000), d’Espiney (1997) e Espadinha e Reis (1997).

Baseados nos estudos realizados somos conduzidos à ideia da necessidade da revalorização dos potenciais tanto teóricos como práticos, balizado numa interacção dinâmica entre o saber e o fazer. Dever-se-á deixar de atribuir à prática o lugar de subalternidade em relação ao ensino teórico conectado com a intelectualidade. A acção estratégica entre os detentores dos saberes teórico e prático deverá ser baseada numa *“relação de troca e negociação entre actores interdependentes, isto é que têm necessidade uns dos outros para realizar os objectivos da organização e atingirem os seus próprios objectivos”* (Petit e Dubois 2000: 112).

Segundo Silva citando Friedberg *“poder e cooperação são uma sequência natural, não sendo por conseguinte uma contradição”* (Silva 2001:252).

Apesar do poder ser erigido numa relação que poderá ser assimétrica, para que sejam atingidos os objectivos individuais e colectivos, terá que existir troca, reciprocidade e cooperação.

O poder entendido por uma ‘relação de força’ existente no domínio imposto pela hierarquia do saber teórico, terá que dar lugar ao ‘poder negociado’, onde a interacção e comunicação entre os actores são apanágio da cooperação.

Só assim a cultura profissional poderá surgir sustentada numa lógica colectiva oposta aquela que é gerada por cada grupo de actores isolados que tenta impor ou sobrepor a sua racionalidade ao outro. Dever-se-á definir um modelo de relações e de acções colectivas e de lógicas de actor, que conduzirá à construção e reconstrução identitária baseada numa interacção sustentada dos saberes, onde todos os intervenientes possam aceder a um desenvolvimento pessoal e interpessoal.

O consenso sobre os benefícios deste modelo é hoje uma realidade traduzida nos inúmeros protocolos de colaboração e cooperação estabelecidos entre as organizações escolares e de saúde, no entanto das reflexões efectuadas, somos conduzidos à apreensão da dimensão e complexidade desta relação entre aquilo que os diversos autores chamam de ‘relação teoria/prática’.

Considerando que *“A formação está ao serviço dos indivíduos e das instituições, visando um ajustamento recíproco”* (Costa 1998: 22), a cooperação organizacional entre escola e organização de saúde assume assim um papel privilegiado na formação em enfermagem, promovendo actividades integradas no contexto de trabalho, das quais resultem benefícios globais, quer nos processos de formação inicial e contínua, quer nos cuidados prestados à comunidade.

Questiona-se então, como se poderá desenvolver um modelo assente nestes pressupostos, e quais as condições pessoais e organizacionais subjacentes à cooperação na orientação de alunos em ensino clínico.

Sabemos que este contexto constitui um lugar privilegiado de formação onde a integração dialéctica do pensamento e da acção, através da mobilização dos conhecimentos teóricos para o contexto da prática permitem uma aproximação efectiva da escola ao real pedagogizando as aprendizagens e as vivências nos locais de trabalho.

Assim o ensino clínico deverá constituir-se num espaço de interacção entre

actores, onde se constróem e reconstróem saberes através da problematização das práticas gerando um vaivém contínuo e interactivo entre teoria e prática num ‘processo reflexivo’, onde os saberes teóricos permitem a rectificação da prática (Schön 1992). A partir deste processo será possível tornar efectivos a aquisição de competências por parte dos alunos e a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos utentes, sendo ao mesmo tempo a teoria enriquecida pela prática numa constante crítica e actualização.

Um processo de cooperação efectiva entre professores, mais ligados ao conhecimento teórico e escolarizado, e enfermeiros dos serviços, executantes das práticas envolvidas na prestação de cuidados aos utentes, resulta uma complementaridade que se pode traduzir em claras vantagens.

A operacionalização desta estratégia, formalizada institucionalmente por normas e regras só será efectiva através do comportamento dos actores numa perspectiva de mobilização de qualificações e competências profissionais, onde a relação dialéctica seja potenciadora da formação e do desenvolvimento.

Nesta perspectiva, Espadinha e Reis referem que *“a colaboração de duas pessoas das duas áreas de actuação complementam-se, melhorando consideravelmente a orientação dos alunos, tanto sob o ponto de vista pedagógico, como na prestação directa de cuidados aos utentes”* (Espadinha e Reis 1997: 32).

Também d’Espiney (1997) se refere ao projecto de cooperação, relacionado com a orientação dos alunos em estágio (ensino clínico) como privilegiador da reflexão das práticas, sendo a integração dos enfermeiros do serviço no processo promotor da cooperação e do debate entre as instituições.

Associando saberes de ordem prática dos enfermeiros do serviço aos de ordem teórica dos professores, resulta numa aproximação que permite a troca de experiências com vantagens na formação prática dos alunos de enfermagem. Assentando no trabalho de equipa e na integração de professores e alunos nas equipas do serviço, permite uma interacção dinâmica nas práticas desenvolvidas, uma discussão retrospectiva e a partilha das experiências com os enfermeiros do serviço, introduzindo-se elementos de correcção fruto da experiência teórica dos professores.

O envolvimento dos enfermeiros na orientação dos alunos permite que estes

sejam integrados nas equipas multidisciplinares, facilitando o seu acesso às diferentes actividades do serviço. Numa dinâmica de trabalho centrada nos doentes, os espaços de discussão e reflexão conjunta tornam-se momentos de potencial formação dos enfermeiros, sendo os professores integrados nestes processos que se irão reflectir nos contextos de trabalho e na qualidade dos cuidados prestados.

Este processo resulta igualmente benéfico aos professores que ao interagirem com os enfermeiros dos serviços, no decurso da orientação dos alunos em ensino clínico, actualizam os seus conhecimentos sobre os aspectos práticos da profissão, contribuindo simultaneamente com os seus conhecimentos teóricos nas discussões e reflexões realizadas, para que estas se tornem momentos de aprendizagem prática para os alunos e de formação em contexto de trabalho para os profissionais.

Das reflexões produzidas em momentos de formação informal e formal, baseadas nas experiências profissionais emergem problemáticas, reflexo duma dinâmica auto-formativa e da tomada de consciência dos processos a desenvolver, que permite implementar novas formas de actuação.

Dado que *“A cultura profissional dos professores aponta para a partilha de materiais e a consideração da sua autoria colectiva, a entajuda na asseguaração de tarefas, a troca de saberes e experiências”* (Formosinho, Ferreira e Machado 2000: 130), estes percebem-se como parceiros num processo de interacção com um papel importante a desempenhar no sentido da sensibilização dos enfermeiros para a importância de aproximar cada vez mais as duas vertentes, valorizando o potencial formativo dos actores e dos contextos da prática.

Concordamos com Gonçalves pois também *“acreditamos que os enfermeiros do exercício são óptimos modelos para os alunos, compete aos professores motivá-los desse património pedagógico que a maior parte dos enfermeiros possui, mas que por vezes desconhece”* (Gonçalves 1995: 45). A percepção da utilidade do trabalho que poderão desenvolver, bem como das finalidades intrínsecas a este processo⁴, poderão constituir factor de motivação à constituição de uma cooperação efectiva na orientação dos alunos e não só uma ajuda ou colaboração assumidas num papel

⁴ A percepção por parte dos enfermeiros sobre o facto desta cooperação poder constituir-se como factor de aprendizagem e desenvolvimento, assim como trazer-lhes prestígio social, uma vez que a sua cooperação na orientação de alunos em ensino clínico é alvo de certificação por parte da escola, poderão instituir-se como valores que estimulem os esforços pessoais.

passivo e até por vezes desinteressado.

Será também necessário que os enfermeiros reúnam competências no âmbito da prática profissional, que apresentem disponibilidade e interesse em cooperar na orientação dos alunos.

No contexto do ensino clínico professor e enfermeiro têm um papel preponderante e quanto a nós complementar na orientação dos alunos, *“enquanto o docente está a par das exigências teóricas e é responsável pela orientação pedagógica que tem por base a Filosofia da Escola, tendo como função manter o ‘fio condutor’ ao longo das várias experiências de ensino-aprendizagem, o enfermeiro da prestação de cuidados está a par das competências necessárias à prestação de cuidados directos, actualizado nos protocolos do serviço, novos tratamentos e procedimentos terapêuticos, que sistematicamente mudam com a evolução da ciência”* (Espadinha e Reis 1997: 32).

Ao docente caberá sempre a responsabilidade da prossecução dos objectivos traçados pela escola, interagindo ao mesmo tempo com o enfermeiro do serviço na orientação das experiências proporcionadas aos alunos, das quais resultarão discussões e reflexões consideradas nas reuniões.

De salientar que *“esta forma de orientação torna a discussão das reuniões mais próxima do ‘real’ pois é mais fácil passar da teoria à prática através das experiências proporcionadas”* (Espadinha e Reis 1997: 32).

Sozinho o professor seria simultaneamente professor do aluno e enfermeiro dos doentes distribuídos aos estagiários, este papel, além de complexo e de correr o risco de não ser conseguido poderia até levantar inquietações do ponto de vista legal uma vez que os professores não pertencem à organização de saúde nem à carreira de enfermagem e a sua actividade não é a prestação de cuidados (Franco 2000).

Torna-se por isso essencial o estabelecimento de uma interacção entre as duas partes envolvidas na orientação, sabemos que o confronto entre os dois tipos de cultura e de saberes poderão gerar conflitos, no entanto a solução terá que passar pela acção comum e negociada, assumindo compromissos e mobilizando estratégias para um fim comum, onde as representações de cada um terão que ser explicitadas e reflectidas até se chegar à teorização dos modelos que sustentam a prática. Só assim esta cooperação poderá ser vista como um processo de desenvolvimento baseado na

co-aprendizagem.

Esta acção colectiva terá que ser sustentada numa discussão aberta entre os diversos actores intervenientes no processo, da clarificação de valores e conceptualizações, pois só assim se poderão ensaiar estratégias formativas promotoras de progresso e qualidade.

Baseados nestas concepções, e transportando-as para a realidade em estudo interrogamo-nos sobre a cooperação gerida e modelada pelas estratégias dos actores que acompanham e orientam os alunos em ensino clínico.

De que forma é estabelecido o processo de cooperação no acompanhamento e orientação dos alunos em ensinos clínicos?

Quais as dimensões e finalidades que a sustentam?

Haverá mesmo ‘cooperação’ ou será apenas tangível à colaboração ou até ajuda, no sentido dos conceitos por nós definidos?

2.2.1.2 – A Comunicação como Núcleo Central da Cooperação

Etimologicamente a palavra comunicação significa tornar comum, partilhar, trocar opiniões, conferenciar, trocando ideias, consultando os demais, fazer-se compreendido e entender os outros (Oliveira 2000).

Tudo isto é indispensável ao funcionamento de uma organização. Talvez por isso a importância da comunicação nas organizações foi sempre um facto real, ocupando lugar de destaque em estudos efectuados por investigadores sociais como (Figueira 1987, Petit e Dubois 2000 e Oliveira 2000).

Este interesse advém do facto da comunicação ser indispensável ao sucesso da organização, pois só através das redes estabelecidas é possível assegurar a interacção entre os diferentes elementos, tornando-se os processos de comunicação instrumentos sociais que *“permitem a interacção humana e condicionam a existência e a eficácia das organizações”* (Petit e Dubois 2000: 35).

Cada actor é um interlocutor real no seio de uma organização, no entanto essa comunicação pode sofrer entraves de várias ordens, que vão desde as motivações

para comunicar à falta de clareza dos objectivos da comunicação.

Também a descodificação necessita de referências comuns entre receptor e emissor, para que a compreensão da mensagem seja eficaz e não haja lugar a mal entendidos e incompreensões, fazendo nascer divergências, susceptibilidades ou até conflitos que bloqueiam a comunicação.

A própria sobreposição de campos de experiência entre os actores envolvidos no processo, não constitui por si só factor de eficácia, pois por serem indivíduos diferentes poderão interpretar a mensagem de formas divergentes, dependendo das vivências anteriores, das normas e preconceitos, das próprias representações que fazem um do outro e bem como das crenças em relação às expectativas mútuas.

“As cadeias de comunicação são influenciadas por normas e expectativas sociais de como as pessoas se devem comportar” (Figueira 1987: 61)

As trocas são condicionadas pelas estratégias de poder e normas culturais, formas de viver os diferentes papéis sociais e atitudes dos interlocutores, determinadas principalmente pelo estatuto que detêm no contexto.

Para que a comunicação seja eficaz, é necessário, além da existência de referências comuns entre os interlocutores, melhorar o conteúdo das mensagens que são enviadas e procurar compreender também as recebidas. O acompanhamento, isto é o uso de *‘feedback’* no sentido de verificar se a mensagem não foi mal interpretada é também factor de sucesso nos processos de comunicação(Oliveira 2000).

O *feedback*, relacionado com os ajustamentos do emissor em termos de sistema é igualmente referenciado como potenciador do entendimento e da descodificação eficaz, conduzindo àquilo que Petit e Dubois (2000: 49) apelidam de *“feedback real e não apenas formal”*.

O desencadeamento de um processo de comunicação eficaz entre os actores que operacionalizam uma estratégia é facilitado pelo estabelecimento de um clima de entendimento, conhecimento recíproco e tolerância diminuindo as alterações e incompreensões e aumentando o volume e a qualidade da informação.

O comportamento dos actores influenciará e será assim mutuamente influenciado, potenciando a eficácia da comunicação.

No que diz respeito à realidade aqui em estudo, também a comunicação entre as

organizações e os actores envolvidos no processo de cooperação é referida como vital.

Franco (2000: 47) nas conclusões do estudo que efectuou sobre o ensino clínico refere ser “*vital em qualquer processo de colaboração que prevaleça o diálogo e a articulação entre os vários intervenientes*”.

Também Gonçalves e outros (1995: 46) alude à fundamentalidade da comunicação inter-organizacional, e dos actores envolvidos na orientação de alunos em ensino clínico, pois segundo os autores, para que “*esta participação seja mais activa, (...) esta deve constituir um processo dinâmico que tem como finalidade comunicar de uma forma eficaz, com o intuito de um maior empenho e desempenho das partes envolvidas, desde o planeamento até à avaliação*”.

Uma vez que a formação de enfermeiros deve resultar da conjugação entre saberes teóricos, resultantes de processos de aquisição de conhecimentos que construam toda a base científica onde se baseia a actividade a desenvolver, e saberes práticos, implicando a aquisição de competências funcionais específicas, é o ensino clínico o contexto privilegiado de articulação destes saberes, onde professores e enfermeiros operacionalizam um processo de cooperação na orientação dos alunos.

Esta cooperação traduz-se na co-orientação, podendo esta ser definida como “*uma transacção cognitiva entre duas ou mais pessoas ao discutirem um objecto comum*” (Figueira 1987: 62).

Também na orientação dos alunos é necessário o estabelecimento dum processo de comunicação real e eficaz com a existência de um ‘*feedback também real*’, para que as transações entre saberes e as reflexões efectuadas no contexto do ensino clínico se tornem factores de desenvolvimento, pois a existência de sobreposição nos campos de experiência de professores e enfermeiros, por si só não constitui factor de sucesso na comunicação, uma vez que existem concepções, normas, e valores culturais próprios de cada um que poderão interferir se não forem devidamente compreendidos num processo de interacção.

O modelo de ‘Sobreposição de Campos de Experiência’ desenvolvido por Oliveira (2000) e o modelo de ‘*feedback com ajustamentos*’ desenvolvido por Petit e Dubois (2000), constituíram-se fontes de referência ao modelo que preconizamos como ‘Modelo de Comunicação em Ensino Clínico’.

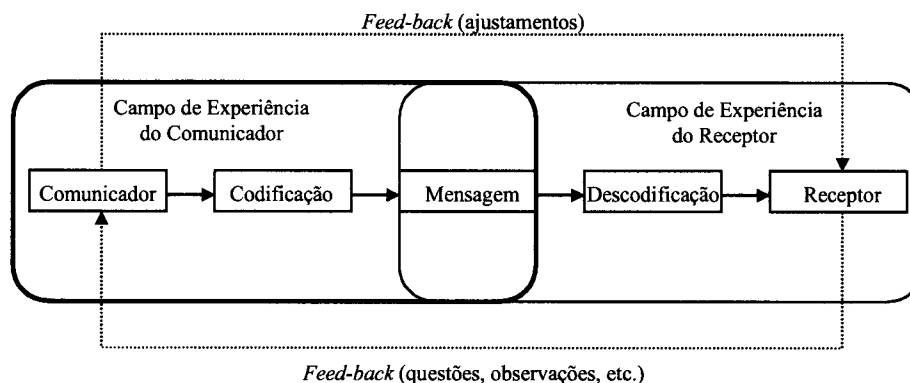


Figura n.º 3 – Modelo de Comunicação em Ensino Clínico

Este modelo de comunicação permite uma interacção entre os actores neste caso orientadores com vista ao desenvolvimento de estratégias de ‘criação de saber’.

Essas estratégias, serão operacionalizadas em contexto de trabalho, que perspectivando-se num processo de reflexão e discussão das práticas, no sentido de promover saberes que conduzam a um melhor desempenho profissional e a uma autonomia profissional, vista como um *“jogo de dependências e interdependências que os membros de uma organização estabelecem entre si e com o meio envolvente com o fim de estruturarem a sua acção organizada em função de objectivos próprios”* (Barroso 1996: 20).

A formação deixa cada vez mais de estar apenas conotada à qualificação e desenvolvimento de competências dos novos profissionais tendendo cada vez mais a associar-se ao surgimento de mudanças organizacionais nos próprios contextos onde ela se efectiva, pelo que *“o papel e a importância, cada vez mais decisivos, atribuídos ao factor humano na vida das organizações de trabalho tornam dificilmente dissociáveis as capacidades individuais das capacidades de mudança colectiva das organizações e da sua cultura”* (Canário 1997: 10). Potencializar a enorme capacidade formativa da formação em contexto de trabalho resulta assim na

estruturação de novas dimensões formativas, susceptíveis de produzir novos saberes e conhecimentos.

Associar a formação inicial à formação contínua assim como conhecimentos teóricos a conhecimentos práticos através dos processos de cooperação, operacionalizados na co-orientação de alunos em ensino clínico, constitui uma estratégia fundamental na formação, perspectivando-se como uma forma de rentabilizar os potenciais técnico-científicos e humanos existentes nas instituições de saúde e nas escolas de enfermagem.

2.3 – CONCLUSÃO TEÓRICA E EXPLICITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA INVESTIGATIVA

Pela abordagem teórica efectuada, verificámos que a integração das Escolas de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, as evoluções sociais e as exigências em matéria de qualificação tanto dos alunos como dos próprios profissionais, têm constituído um forte incentivo ao desenvolvimento de estratégias por parte destas organizações no sentido de dar resposta a estes novos desafios.

Balizada na teoria de que a escola não pode, nem deve ser o único lugar da formação, não pode nem deve ensinar tudo, já que a transmissão de saberes, não pode nem de facto nem de direito ser monopolizada por uma única instituição, Bourdieu segundo Luz (1995) emerge assim um novo paradigma de formação onde a cooperação organizacional ocupa lugar de relevo, ao qual a própria legislação não é de todo adversa.

Sabendo que as aprendizagens, surgem condicionadas pelo espaço social e contextos formativos conforme salientam Petit e Dubois (2000), Nyhan (1999) e Barroso (1997), pensar as organizações como espaços de formação, surge-nos hoje como facto incontroverso.

Uma vez que a formação de Enfermeiros sempre se fez envolvendo as organizações escolares e de saúde, torna-se pois pertinente conhecer os contornos desta relação e saber se o contexto do ensino clínico se aproxima de uma estrutura organizacional que favorece a aprendizagem.

Verificada a necessidade de cooperação por parte das organizações, debruçámo-nos sobre a acção na organização, isto é, nos jogos e vínculos que permitem e operacionalizam a cooperação.

Uma vez que segundo Silva “*as estruturas organizacionais não podem ser vistas como identidades transcendentais*” (Silva 2001: 260), estas não podem ser analisadas, à revelia dos actores sociais que a constituem.

As diferentes questões abordadas colocam em evidência que a construção de dispositivos de formação em enfermagem, que permitam a articulação entre os diferentes saberes, de uma forma dialéctica, onde se negociem os conflitos e limitem as rupturas, está fortemente condicionada pelos jogos de poder e pela estratégia dos actores.

Inspirados nas teorias da análise estratégica de Crozier e Friedberg (1977), que colocam em evidência o actor, vendo a organização como uma construção resultante das diversas acções que estes elaboram em conjunto, tendo em conta os seus objectivos individuais, com base na sua liberdade e autonomia balizadas nas suas competências e conhecimentos individuais, que utilizam para defender o seu domínio.

Verificamos pois, que os membros das organizações são agentes activos que não respondem apenas de forma mecânica aos apelos e estímulos que lhes são apresentados, eles são actores dotados de vontade e objectivos próprios, bem como de uma margem de liberdade que não é abrangida pelas regulamentações organizacionais, que lhes permite desenvolver estratégias e mobilizar recursos para atingirem esses objectivos.

Silva (2001), no estudo que conduziu recentemente, alude ao facto de cada actor enquanto elemento do sistema organizacional, construir um espaço, uma zona de incerteza com regras próprias, entendendo deste modo que cada actor possui uma racionalidade estratégica da qual faz uso no seio da colectividade a que pertence.

Também os enfermeiros e professores, envolvidos na orientação de alunos em ensino clínico, são actores, com objectivos próprios, saberes e competências, que lhes permitem engendrar estratégias e controlar incertezas que constituirão um trunfo

determinante na orientação das relações e do poder. Desta forma, as representações⁵ que estes actores têm da cooperação organizacional, bem como as atitudes e comportamentos que adoptam serão determinantes no desenvolvimento desta cooperação, uma vez que ela será modelada por relações de negociação, dependência e poder.

Reconhecendo a necessidade da adopção de novos modelos de formação, onde a cooperação organizacional ocupe lugar cimeiro numa perspectiva de desenvolvimento, como é referido por autores como Danielle Zay (2000) e Rodrigues (1998), conduz-nos a um propósito que só poderá ser conseguido através de procedimentos efectivos de cooperação. Apenas desta forma será possível proporcionar aos alunos de enfermagem condições adequadas para adquirirem as competências qualificantes que lhes irão ser necessárias para iniciar o seu desempenho profissional, mas simultaneamente estruturar processos de reflexão e desenvolvimento profissional sustentados na interacção estabelecida entre os actores que os acompanham e orientam.

Concordamos que a pedagogia do futuro e no caso particular da formação em enfermagem, *“não pode ser alheia à procura de um equilíbrio dinâmico e dialéctico entre a teoria e a prática, e jamais a aglutinação de uma pela outra”* (Franco 2000: 38).

Acrescentamos ainda que será necessário o estabelecimento de procedimentos de cooperação entre as organizações escolares e de saúde, sustentados por uma estratégia de actores, cujos objectivos e finalidades se enquadrem nas oportunidades oferecidas pelas organizações (Bernoux s.d.), num processo de interacção entre os

⁵ Silva citando Lautman, refere que os estudos organizacionais devem passar pelo estudo das atitudes e exploração das representações dos sujeitos Silva (2001).

Concordamos com este autor, no entanto sabemos que este conceito é complexo, pelo que queremos deixar aqui claro a perspectiva que adoptamos para este estudo. Temos como referência o facto de já Durkheim se preocupar com as formas como os indivíduos pensavam e viam as suas relações com o contexto social. Jodelet (1991) citado por Boucher (2003), também debruçando-se sobre o conceito de representação social, aludiu ao sistema de interpretação que modela a relação do sujeito, com o mundo e com os outros, orientando as condutas e a comunicação estabelecida. Para Jardim (1996) as representações sociais são as ideias, imagens, senso comum e visão do mundo que os actores sociais possuem sobre a realidade. Sabendo ainda que segundo Silva (2001), estas representações modelam as atitudes dos actores e que para Petit e Dubois (2000) as mesmas contribuem para a construção da acção, construímos, com base nestas teses, a nossa definição, e que retracta a forma como utilizamos o conceito ao longo do estudo. Assim entendemos representações dos actores como “as concepções que subjazem, e a forma como os actores em estudo percebem e se posicionam face à cooperação estabelecida”.

orientadores, escorado numa comunicação real e efectiva, norteando as aprendizagens baseadas na reflexão conjunta conducentes à actualização, e desenvolvimento pessoal e profissional, o que certamente se repercutirá na qualidade do trabalho desenvolvido pelos mesmos e conseqüentemente nas instituições.

É nesta perspectiva que surge o nosso interesse no desenvolvimento desta temática. Sabendo que a cooperação organizacional não pode nem deverá ser entendida à margem dos actores que a operacionalizam, interessa-nos conhecer as representações e as lógicas pelas quais professores e enfermeiros, modelam as suas estratégias de actuação em ensino clínico.

Assim sendo consideramos que num contexto de aprendizagem organizacional e de cooperação, a interacção entre os actores é essencialmente modelada por relações de negociação, dependência e de poder, que condicionam a comunicação, a reflexão e as próprias aprendizagens, assim como todo o desenvolvimento dos intervenientes neste processo.

Concordamos com Canário quando refere que *“Para encontrarmos as soluções organizativas de que temos necessidade nas escolas é necessário que a investigação decorra nelas, que a escola não seja simples local de aplicação, mas de experimentação e reflexão sobre os problemas organizativos”* (Canário 1989: 38).

Cientes desta necessidade, uma vez que a carência de estudos neste âmbito tem sido abordada, tanto ao nível do próprio ensino de enfermagem, como em outras áreas como a sociologia, as ciências da educação e a gestão, coadjuvado pelo nosso interesse pessoal e profissional uma vez que desenvolvemos a nossa actividade na área da docência, procuraremos conhecer esta realidade.

De salientar ainda que apesar de termos encontrado alguns estudos que versam a problemática da articulação teoria/prática, bem como o contexto do ensino clínico, não são abundantes os estudos sociológicos que abordam a temática da cooperação na formação em enfermagem, pensamos até tratar-se de uma abordagem heurística, pelo que se torna pertinente investigar.

Assim, verificamos que a compreensão da dinâmica de cooperação organizacional, inscreve-se numa linha de investigação sociológica sobre as lógicas de interacção e estratégia dos actores que a operacionalizam.

É na compreensão destas lógicas, e destas estratégias, que emerge a

problemática central que orienta esta pesquisa: **A cooperação organizacional como estratégia de formação: representações e atitudes de professores e enfermeiros face ao processo de cooperação em ensino clínico.**

Inquirir esta realidade, no campo da prática, distancia-nos das meras análises especulativas, aproximando-nos da realidade, tal como ela é vivida pelos actores no contexto em estudo. É na percepção que os professores e enfermeiros têm deste processo de cooperação, sobre as representações que fazem do mesmo, das suas estratégias de actuação na orientação dos alunos em ensino clínico e das repercussões da mesma que incide a nossa investigação.,

Inspirados na acção estratégica, tal como é descrita por Crozier e Friedberg (1977), e no modelo de cooperação organizacional de Petit e Dubois (2000) construímos o presente esquema que foi emergindo ao longo deste capítulo. Consideramo-lo também representativo da problemática em estudo e ao mesmo tempo um guia orientador à construção da investigação e subsequente análise.

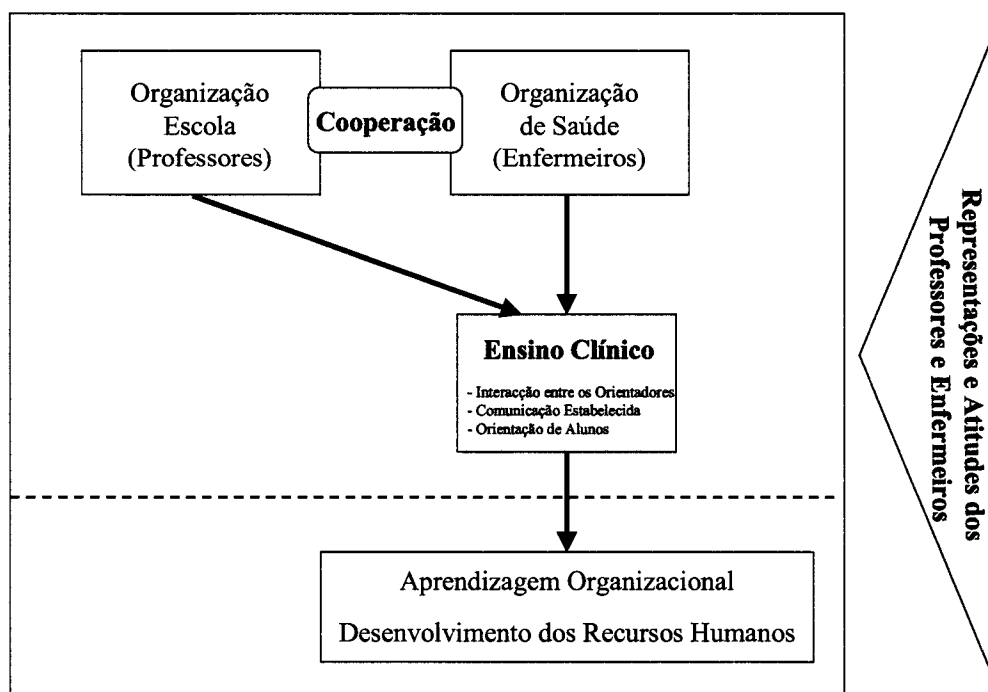


Figura n.º 4 – Esquema de Investigação e Análise

Para poder *saber mais*, para proceder à formação do *quadro conceptual*, para

como nos diz Quivy e Campenhoudt poder “*explicitar a problemática*” (Quivy e Campenhoudt 1992: 103), torna-se necessário desenhar algumas proposições que se enquadram e dirigem a análise a levar a cabo:

- De que forma se encontram as organizações envolvidas no processo?
- Quais as representações que têm os actores (professores e enfermeiros), acerca da cooperação organizacional?
- Que estratégias mobilizam na operacionalização da cooperação em ensino clínico?
- Quais as potencialidades e constrangimentos deste processo na perspectiva dos professores e enfermeiros?
- Que percepção têm das repercussões do processo na orientação de alunos e neles próprios?

Com estas questões pretendemos desenvolver a pesquisa para assim podermos atingir os objectivos inicialmente propostos para o estudo.

É sobre esta problemática que pretendemos debruçar-nos e, se a definição desta é extremamente importante, conhecer o caminho a seguir, não o é menos, pois como nos diz Quivy e Campenhoudt “*a problemática deve ser explicada, porque fornece o plano teórico sobre o qual vai assentar a construção do modelo de análise. Resumindo, porque constitui os alicerces da investigação*” (Quivy e Campenhoudt 1992: 105).

Esclarecida a problemática, torna-se necessário procurar as respostas no terreno, devendo estas ser obtidas através de procedimentos metodológicos que descreveremos em seguida.

3 – METODOLOGIA

A identificação das opções metodológicas não é mais do que a escolha de procedimentos sistémicos que permitam a descrição e explicação de um determinado fenómeno, aos quais subjaz um corpo de conhecimentos, onde se ligam técnicas, elementos teóricos e epistemológicos de modo a delinear e operacionalizar a aproximação à realidade em estudo.

Devemos ter em conta que *“a ligação entre a questão e o método escolhido determinará o tipo de resultados a obter e em última instância a utilidade dos mesmos”* (Morse 1994: 223).

Só desta forma os resultados obtidos através do desenho estabelecido poderão ser considerados válidos e credíveis face aos objectivos do estudo, para tal torna-se ainda necessário explicitar as etapas delineadas e percorridas o que faremos ao longo deste capítulo.

3.1 – PARADIGMA E ESTRATÉGIA DE INVESTIGAÇÃO

O caminho percorrido até então, mostrou-nos uma diversidade de modelos e interpretações acerca da cooperação organizacional.

Uma vez que é objectivo geral deste trabalho analisar o processo de cooperação em ensino clínico, centrámo-nos naquele que coloca a tónica na estratégia dos actores, uma vez que o funcionamento e desenvolvimento dos processos depende dos jogos estabelecidos entre estes.

Sabendo que a operacionalização da cooperação organizacional terá que ter subjacente uma estratégia de actores consonante, onde teoria e prática se conjuguem numa acção dialéctica construtiva e proporcionadora de desenvolvimento, o êxito só será conseguido se os actores envolvidos se constituírem eles próprios dinamizadores da cooperação, sendo para tal necessário uma profunda abordagem às estratégias dos

mesmos, às suas representações atitudes e comportamentos.

Desta forma para podermos compreender o contexto organizacional teremos necessariamente que conhecer a estratégia dos actores.

Segundo Lautman (1994) os estudos organizacionais devem passar “*pelo estudo das atitudes e exploração do universo de representações dos sujeitos*” (Silva 2001: 266).

Assim as representações e atitudes dos actores (professores e enfermeiros) face ao processo de cooperação em ensino clínico, tornou-se a realidade a conhecer sendo necessária a construção de uma matriz investigativa que permita esse conhecimento e desta forma atingirmos os objectivos específicos traçados para esta investigação:

- Analisar os diferentes contextos, onde se movem os actores envolvidos no processo de cooperação e identificar o modelo organizacional subjacente.
- Conhecer as representações e estratégias dos actores envolvidos na operacionalização do processo de cooperação em ensino clínico.
- Analisar a perspectiva que os professores e enfermeiros têm acerca das repercussões da cooperação na orientação de alunos em ensino clínico

Sob o ponto de vista de Bernoux, são actores relativamente livres e autónomos que criam o sistema, tendo em conta a ponderação que fazem entre os seus objectivos e as oportunidades organizacionais, fazendo escolhas, discutindo e construindo a própria organização.

Neste sentido, é importante conhecer a forma de actuação e as representações que cada um tem da realidade, pois embora a experiência possa ser partilhada (o acompanhamento e orientação de alunos), cada um interpreta-a e dá-lhe um significado próprio e singular.

Importa-nos conhecer uma realidade social e segundo Weber, para que possamos compreender o mundo, é necessário escolher o quotidiano e conhecer os significados atribuídos aos actos pelos seus protagonistas. As percepções, as práticas e comportamentos dos actores, estão relacionadas com as suas construções e representações. Também Bortef, diz que o homem ao agir “*está imbuído de um sistema de representações que lhes permite apreender o meio e a ele responder mediante comportamentos livres*” (Costa 1998: 81).

Estando estes pressupostos de acordo com a problemática e finalidades do nosso

estudo, vimo-nos projectados numa pesquisa de tipo qualitativo, entendida como aquela que tem como principal objectivo a compreensão dos fenómenos e se relaciona com a realidade social (Poisson citado por Costa 1998).

Também nós, tal como qualquer investigador qualitativo como refere Stake (1998), queremos destacar as diferenças subtis, a sequência dos acontecimentos no contexto e a globalidade das situações pessoais dos actores envolvidos.

Esta abordagem coloca-nos em oposição à concepção tradicional de que o conhecimento objectivo dos factos, só era conseguido através do distanciamento entre o investigador, o objecto de estudo e os sujeitos do mesmo, conduz-nos sim a uma realidade mais próxima do paradigma interpretativo, alicerçando-se esta interpretação na concepção de que os actores têm um papel decisivo na construção da sua vida quotidiana, cumprindo ou não as estratégias definidas pela organização, pois esta nunca consegue constriangir totalmente o actor (Crozier e Friedberg 1977).

Segundo Denzin e Lincoln a abordagem interpretativa dá relevo à forma *“como os seres humanos constróem e dão significado às suas acções em situações sociais concretas”* (Denzin e Lincoln 1994: 204).

Só a interpretação e compreensão das interacções que se estabelecem nos conduzem ao conhecimento da realidade tal como ela é vivida pelos actores, para tal, contámos com a informação que os mesmos nos proporcionaram, uma vez que *“a melhor forma de basear ou rebasear o conhecimento das realidades sociais seria a partir dos saberes (...) que todos os indivíduos possuem relativamente à sua própria realidade, à sua própria história e ao seu local de inserção no campo social”* (Lessard-Hérbert *et al* 1990: 46).

Focalizados numa situação social concreta (a cooperação organizacional) torna-se necessária a exploração do contexto de operacionalização da mesma (o ensino clínico), o que nos remete para um nível micro, onde os actores desenvolvem as suas estratégias, sendo também estas últimas passíveis de compreensão por parte do investigador, remetendo-nos a um estudo do tipo exploratório.

Num contexto específico, sobre o qual o investigador procura encontrar informações pertinentes que lhe permitam compreender o trama intricado do que ocorre naquela situação micro-social, é imprescindível aprofundar as informações, não só através das palavras dos próprios actores como documentando-se sobre a

realidade.

Só através do registo da sua conduta e da forma como estes definem e descrevem as suas estratégias, poderemos compreender o contexto em que os indivíduos em estudo constróem a sua realidade social,

Uma vez que esta realidade consiste na cooperação organizacional, considerando as estratégias adoptadas pelos actores e as repercussões no acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico, situámo-nos numa realidade próxima e restrita, num contexto sociológico específico, que pretendemos conhecer.

Deste modo, como não pretendemos generalizar resultados, mas sim compreender profundamente esta realidade optámos pelo modo de pesquisa estudo de caso.

Trata-se de um modo de pesquisa muito utilizado em ciências sociais e em investigações relacionadas com as organizações, segundo Cassell e Symon “*os estudos de caso consistem numa investigação detalhada(...)de uma ou mais organizações com vista à análise do contexto e dos processos envolvidos no fenómeno em estudo*” (Cassell e Symon 1994: 209).

Ainda segundo os mesmos autores, o fenómeno em estudo, não está isolado do contexto, e o interesse reside precisamente nesse facto, sendo para tal necessário compreender também as relações estabelecidas entre os actores “*a força dos estudos de caso sustenta-se especialmente na sua capacidade de explorar os processos sociais tal como eles se manifestam na organização*” (Cassell e Symon 1994: 212).

Sendo a cooperação em ensino clínico um fenómeno e um processo singular, constitui-se ao mesmo tempo de uma complexidade baseada nas relações de interdependência interna e externa na estrutura social, passíveis de compreensão, através dos detalhes referidos particularmente por cada um dos actores, vindo também esta concepção de encontro ao considerado por Silva (2002) fazendo referência a Rangin e Becker (1992), quando alude que “*um caso encerra em si a possibilidade de adoptar um olhar de singularidade complexa, onde os esquemas gerais de complexificação do real desaguam nos detalhes acumulados na vertente particularista de cada fenómeno individualizado*” (Silva 2002: 276).

Para Robert Yin (1994) o estudo de caso é um estudo empírico no qual se investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto real, não estando as

fronteiras entre o fenómeno estudado e o contexto bem demarcadas. Nesse estudo o investigador utiliza múltiplas fontes de dados.

Ainda segundo o mesmo autor, um estudo de caso do tipo exploratório fundamenta-se em questões do tipo “*quem*”, “*quando*”, “*qual*”, “*como*” e “*porquê*” (Yin 1994: 5).

Como durante a nossa vivência no acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico, deparámo-nos com diversas formas de cooperação, às quais estavam subjacentes estratégias e jogos de actores distintos e complexos, pareceu-nos interessante saber o que representa para os diversos intervenientes cooperar; porquê ou quais as razões que os leva a adoptar tal estratégia; quando e em que fases do processo cooperam, como operacionalizam a cooperação; quais os efeitos da mesma.

Face ao exposto, pareceu-nos ser esta a melhor estratégia metodológica a adoptar, uma vez que desejamos explorar uma realidade social através dos relatos dos seus actores, queremos ainda conhecer a forma como se relacionam e cooperam, as normas do contexto, bem como as potencialidades e os constrangimentos que subjazem ao processo e que de certa forma poderão condicionar e ser condicionados pela estratégia dos actores.

Pensámos ser o estudo de caso do tipo exploratório e transversal, o modo de pesquisa mais adequado face aos objectivos que nos propomos atingir. Por se tratar de uma pesquisa centrada no conhecimento empírico das condutas dos actores (professores e enfermeiros), face ao processo de cooperação em ensino clínico, interessou-nos compreender melhor um fenómeno ainda pouco explorado de uma realidade social que envolve duas organizações, a escola e o hospital.

3.1.1 – Os Elementos do Caso e o Terreno de Pesquisa

A realidade social à qual temos vindo a fazer referência, conduziu-nos à selecção de um terreno de pesquisa que reunisse condições para o desenvolvimento do estudo.

Situámo-nos em dois contextos organizacionais imprescindíveis ao processo de cooperação que temos referido.

A selecção recaiu sobre uma Escola Superior de Enfermagem e uma unidade

Hospitalar com a qual existe um protocolo de cooperação e onde se desenvolvem os Ensinos Clínicos.

Estes contextos, oferecem um conjunto diversificado de opções, constituindo-se os seus actores elementos activos no processo de formação.

De referir ainda que estas organizações não constituem um *locus* desconhecido, uma vez que já exercemos funções como enfermeiros neste serviço de saúde durante cerca de sete anos e recentemente também acompanhámos alunos (como docentes da Escola) em Ensino Clínico.

Ao longo destes anos acumulámos experiência e conhecimentos sobre estes contextos e seus actores. Embora conscientes dos riscos que se prendem com o conhecimento dos contextos por parte do investigador e vice-versa, em especial pela dificuldade do controlo dos viéses, procuraremos adoptar uma postura imparcial, que nos conduza a resultados credíveis. É nossa intenção estudar uma realidade próxima e restrita aprofundando factores de natureza estratégica e contextual no sentido de contribuirmos para o desenvolvimento do processo em estudo.

Ultrapassada a etapa da escolha das organizações, tornava-se necessário procedermos à selecção das unidades, onde decorrem os ensinoss clínicos, para tal traçámos os seguintes critérios:

- Terem recebido pelo menos dois grupos de alunos durante o ano lectivo em curso, (Para que detivessem experiências recentes, sobre este modelo de orientação e acompanhamento de alunos);
- Terem recebido alunos em diferentes fases de formação;
- Serem unidades, onde nos pudéssemos movimentar de forma informal, para melhor poder apreender as relações estabelecidas entre os actores e também sermos aceites, sem sermos considerados ‘intrusos’ ou ‘interferir’ demasiado no contexto.

Debatemos os critérios em entrevista informal com um informante privilegiado pois estes segundo Costa “*são permanente fonte de informação sobre outras pessoas, aspectos do contexto social em estudo e acontecimentos que nele se vão passando*” (Costa 1999: 139).

Com a colaboração do Sr. Coordenador dos Cursos de Licenciatura (pessoa que detém uma visão global sobre todo o *modus operandi*, pelo lugar que ocupa),

seleccionámos como terreno de estudo os ‘Serviços de Medicina’, onde decorreram os Ensinos Clínicos de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica, isto é, receberam durante este ano lectivo, alunos do 1.º e 2.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Seleccionado o contexto, tornou-se necessário identificar os actores responsáveis pelo acompanhamento e orientação destes alunos.

Apesar do conhecimento que detínhamos do terreno, mais uma vez nos socorremos de testemunhos, neste caso os responsáveis pelos Ensinos Clínicos e também o Coordenador que nos indicaram tanto os professores como os ‘enfermeiros orientadores’ – indicados segundo a cláusula 4.^a do ‘Protocolo de Cooperação’ estabelecido entre as organizações envolvidas.

Sabemos por experiência própria que outros enfermeiros além dos designados ‘enfermeiros orientadores’, interagem com os alunos no terreno, no entanto a nossa selecção recaiu sobre os primeiros por serem estes que mais tempo acompanham os alunos e também por serem estes pelo papel que lhes foi atribuído, que estabelecem uma maior interacção com os professores tanto durante a orientação dos alunos, como na avaliação dos mesmos.

Em seguida, contactámos os responsáveis institucionais tanto da Escola como do Hospital, informando-os sobre os objectivos do estudo, bem como sobre as metodologias a utilizar, solicitando colaboração. Requeremos também autorização por escrito junto do Conselho Directivo da Escola e do Conselho de Administração do Hospital, tendo ambos respondido favoravelmente (Anexos I e II).

Posteriormente estabelecemos contactos informais no terreno e com os actores envolvidos tendo todos mostrado disponibilidade para participar no estudo.

A interacção estabelecida no terreno foi de extrema importância para desenhar as técnicas apropriadas e adequadas à informação que pretendíamos recolher.

Os elementos do estudo, são todos os professores e enfermeiros orientadores que acompanharam e orientaram alunos nos ensinos clínicos seleccionados. Segundo os critérios propostos foram-nos indicados três enfermeiros e seis professores.

Dos seis professores, excluímos um, porque apesar de ter acompanhado e orientado alunos num dos ensinos clínicos, encontrava-se em integração sendo esta a

primeira experiência como docente e estar ele próprio a ser apoiado por um dos professores seleccionados.

Numa investigação em que se procura conhecer profundamente uma realidade, segundo Taylor e Bogdan (1991) citados por Palmeiro *“não importa o número de casos, o importante é o potencial de cada “caso” para ajudar o investigador no desenvolvimento de compreensões teóricas sobre a área em estudo”*. (Palmeiro 1995:65)

Assim fizeram parte do nosso estudo oito sujeitos, que detinham uma visão abrangente sobre o processo em estudo, tanto pela experiência como em alguns casos pela posição que ocupam nas organizações envolvidas.

De referir que um dos orientadores é enfermeiro chefe tendo também funções directivas, o que lhe permite ter uma visão tanto ao nível (micro) da operacionalização do processo no terreno, como ao nível (macro) isto é da estratégia organizacional estabelecida.

Também dois dos professores além da docência desempenham funções em órgãos de direcção da escola.

Quadro n.º 1 – Caracterização dos Sujeitos em Estudo

Idade	Sexo	Categoria Profissional	Habilitações Académicas	Experiência Profissional	
				Prestação de Cuidados (anos)	Docência (anos)
32	M	Enf. Graduado	Licenciatura	12	–
33	M	Enf. Graduado	Licenciatura	11	–
38	M	Enf. Chefe	Licenciatura	14	–
38	F	Assistente	Licenciatura	12	2
38	M	Assistente	Mestrado	13	4
42	M	Prof. Adjunto	Licenciatura	6	14
44	M	Prof. Adjunto	Licenciatura	10	14
45	M	Prof. Adjunto	Licenciatura	7	14

3.1.2 – Estratégia de Recolha de Dados – Os Instrumentos e os Procedimentos

Perspectivando-se que *“O desenho de pesquisa é a lógica que liga os dados a serem colhidos (e as conclusões a serem extraídas) à questão inicial do estudo”* (Yin 1994: 18), as técnicas de colheita de dados seleccionadas terão que ser adequadas, para que esses dados a obter possam conduzir a um caminho de sucesso.

A eleição das técnicas utilizadas nesta pesquisa emerge de decisões e critérios metodológicos sustentados na reflexão sociológica sobre o nosso objecto de estudo direccionada para a interpretação das lógicas de acção dos actores e compreensão da cooperação estabelecida, através do modelo organizacional subjacente e das práticas quotidianas.

ENTREVISTA

Sabendo que como refere Costa *“O ponto de vista dos actores sociais sobre as suas próprias práticas e as suas próprias representações, sobre como acham que a vida social deveria ser, sobre como esperam que ela seja e como a vêem efectivamente ser (...) é um elemento indispensável a associar a outros tipos de informação, não menos importantes, obtidos pelo investigador”* (Costa 1999: 142), seleccionámos como técnica nuclear de colheita de dados a entrevista.

À nossa escolha subjaz ainda a perspectiva de Yin uma vez que este autor refere que *“Uma das fontes de informação mais importante em estudos de caso é a entrevista”* (Yin 1994: 84).

Também ao permitir o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas (Richardson 1989), conduz-nos à apreensão e compreensão das vivências e da forma como estas foram percebidas pelos actores sociais, assim como às suas relações com os contextos através da exposição rica e complexa da experiência humana.

Ao nível dos procedimentos optámos pela entrevista semi-estruturada, pois esta permite aos respondentes descrever factos e expor as suas percepções sobre os mesmos, isto é *“o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador”* (Richardson 1989: 165).

Para a preparação da entrevista considerámos a técnica proposta por Richardson (1989), Ketele e Roegiers (1993), Miles e Huberman (1994) e ainda alguns instrumentos utilizados em estudos recentes como Pinheiro (1999) e Silva (2001).

Começámos por elaborar o guião, a partir do problema definido para o estudo, dos objectivos do mesmo e do referencial teórico, tendo o cuidado de estruturar os temas que pretendíamos ver abordados.

Definimos então como objectivos da entrevista:

- Caracterizar o modelo de cooperação;
- Identificar as práticas e estratégias mobilizadas pelos actores na operacionalização da cooperação em Ensino Clínico;
- Identificar sob o ponto de vista dos professores e enfermeiros as potencialidades e constrangimentos da cooperação estabelecida em Ensino Clínico;
- Identificar as percepções dos actores face à influência da cooperação nas aprendizagens realizadas no contexto do Ensino Clínico.

No que diz respeito à estrutura formal do guião da entrevista, foram elaborados blocos temáticos em torno dos quais construímos algumas questões amplas que permitissem aos entrevistados exprimir as suas percepções e vivências, sem induzir as suas respostas.

Posteriormente procedemos a um ensaio – validação realizando duas entrevistas teste o que nos permitiu *limar arestas* e reorganizar a estrutura da mesma, bem como treinar a nossa capacidade e postura de entrevistar.

Submetemos ainda o guião à apreciação de três peritos⁶, uma vez que segundo autores como Fortim (1999) e (Lobiondo-Wood e Haber 2001), o julgamento de peritos é frequentemente utilizado para apoiar a validade de conteúdo de um instrumento.

Desta forma surgiu o guião final (Anexo III) orientado em quatro blocos temáticos para os quais procurámos como eixos de resposta as representações e comportamentos dos professores e enfermeiros.

Assim com o primeiro bloco temático – **Modelo de Cooperação** – pretendíamos

⁶ Os peritos foram:

- Dois Professores Doutores em Sociologia da Universidade de Évora;
- Um Professor Coordenador da Área de Investigação em Enfermagem.

caracterizar e contextualizar o modelo de cooperação, para tal elaborámos questões no sentido de conhecer as representações dos actores acerca da cooperação estabelecida e do seu envolvimento no processo socio-organizacional.

O segundo bloco – **Cooperação em Ensino Clínico** – procurávamos identificar as práticas e estratégias mobilizadas pelos actores na orientação do Ensino clínico. Pedimos então aos entrevistados que nos falassem sobre a articulação professor/enfermeiro não só na orientação dos alunos como nas diversas fases do ensino clínico, que caracterizassem essa articulação/ cooperação, ilustrando com situações da prática diária. Procurámos ainda saber como era encarada a articulação entre a teoria/prática, isto é, entre os conhecimentos ministrados na escola, e a realidade da prática quotidiana tal como esta é vivida e aprendida em ensino clínico.

No terceiro bloco temático – **Potencialidades e Constrangimentos da Cooperação** – tencionávamos que os entrevistados nos indicassem as potencialidades e constrangimentos deste processo, justificando as suas opiniões.

O quarto bloco – **Repercussões da Cooperação na Orientação dos Alunos e nas Aprendizagens** – constitui o penúltimo bloco temático do guião de entrevista. Aqui pedimos aos professores e enfermeiros que reflectissem sobre a influência da cooperação nas aprendizagens realizadas em ensino clínico. Quisemos apreender a perspectiva dos actores, acerca das repercussões desta cooperação nas aprendizagens efectuadas pelos alunos e ainda se esta estratégia era potenciadora do desenvolvimento de todos os envolvidos. Para tal, questionámo-los acerca da existência de reflexão sobre as práticas e troca de conhecimentos entre os intervenientes, nos casos em que nos foi afirmada esta conduta. Quisemos ainda saber se esta reflexão era proporcionadora de momentos de formação e com que consequências.

Finalizámos o nosso inquérito solicitando aos respondentes a indicação de sugestões e medidas que pudessem contribuir para a melhoria da operacionalização do processo de cooperação.

O quinto e último bloco teve como objectivo principal proceder à caracterização dos entrevistados.

Ultrapassada esta fase partimos para o terreno, para a condução das entrevistas socorremo-nos de técnicas propostas pelos mesmos autores que utilizámos na sua

elaboração.

Não quisemos iniciar a abordagem temática sem antes legitimar a entrevista, nesta primeira fase, procurámos colocar os entrevistados à vontade, tentando promover o intercâmbio entre o entrevistador e o entrevistado.

Explicámos a temática da entrevista, assegurámos a confidencialidade das informações e solicitámos autorização para gravar a conversa em áudio-cassete.

As mesmas foram efectuadas nos meses de Outubro e Novembro de 2002, por solicitação dos entrevistados as entrevistas decorreram nos locais de trabalho. Estas foram realizadas após os professores e enfermeiros terminarem as suas actividades, em gabinetes que nos foram disponibilizados, para podermos colher as informações de forma calma e sem interrupções.

As entrevistas tiveram uma duração de cerca de 45 a 60 minutos. Conduzimo-las introduzindo os temas, e formulando as questões que estimularam os entrevistados a falar sobre o tema em causa, quando estes deixavam algum ponto ou ideia menos clara procurávamos retomá-la de forma a aprofundar os dados abordados superficialmente.

Os Professores e enfermeiros, falaram-nos das suas práticas quotidianas, das estratégias adoptadas, das dificuldades e constrangimentos com os quais se deparam, das estratégias e recursos que mobilizam das potencialidades e também das mudanças que pensam ser necessárias para melhorar este processo. Em suma falaram-nos das suas vivências.

OBSERVAÇÃO DIRECTA

Durante as nossas deslocações ao terreno para efectuar as entrevistas e também nas diversas vezes que ‘visitámos’ colegas que acompanhavam os ensinamentos clínicos, tivemos oportunidade de realizar algumas observações directas não participantes, uma vez que se trataram de observações ocasionais (Yin 1994). Durante estas visitas estivemos muitas vezes atentos às interacções estabelecidas entre os profissionais (professores e enfermeiros) e os alunos, às suas posturas, atitudes e comportamentos, assim como à interacção e comunicação estabelecida. De salientar que a nossa

presença nunca constituiu uma ‘interferência’, uma vez que somos conhecidos por todos os profissionais e também porque já acompanhámos alunos em ensino clínico.

ANÁLISE DOCUMENTAL

Além das entrevistas e das observações utilizámos também alguns documentos, nomeadamente o ‘Protocolo de Cooperação’ estabelecido entre as organizações, os ‘Guias Orientadores’ dos ensinamentos clínicos dos quais nos socorremos para realizar a nossa pesquisa e também os respectivos ‘Relatórios’ efectuados no final dos mesmos.

Fizemo-lo para melhor compreender as dinâmicas oficiais, bem como a forma como a escola é vista e definida pelos vários actores, pois “*nesses documentos os investigadores podem ter acesso à perspectiva oficial, bem como às várias maneiras como o pessoal da escola comunica*” (Bogdan e Biklen 1994: 180).

Optámos ainda por esta técnica, porque “*as informações obtidas através de documentos são geralmente relevantes em todos os estudos de caso*” (Yin 1994:81).

Estes constituem uma fonte estável e rica, permitindo uma consulta aprofundada e repetida, podendo muitas vezes fornecer ao investigador fundamentos que corroborem, complementem ou refutem os dados colhidos através de outras técnicas.

Para termos acesso a tais documentos além da autorização da direcção da Escola solicitámos a colaboração dos responsáveis pelos Ensinos Clínicos.

No caso em estudo, a análise documental teve como objectivos:

- Identificar as directrizes, objectivos e finalidades do envolvimento organizacional;
- Caracterizar os aspectos organizacionais do processo de acompanhamento e orientação de alunos em Ensino Clínico;
- Identificar repercussões da cooperação estabelecida em ensino clínico.

Procedemos então à elaboração de uma matriz de análise que emergiu simultaneamente da problemática do estudo, dos objectivos do mesmo, bem como das nossas vivências e conhecimentos do contexto.

Esta matriz à qual demos o nome de Matriz Síntese da Análise Documental e que nos permitiu uma primeira exploração dos documentos, foi elaborada em torno

de três grandes dimensões.

Envolvimento das Organizações no Processo de Cooperação – Elaboramos esta dimensão no intuito de identificar os porquês ou as razões do envolvimento das organizações no processo, bem como as principais regras ou directrizes que o conduzem, as finalidades e objectivos do mesmo.

Estratégias de Operacionalização do Processo de Cooperação em Ensino Clínico – aqui procurámos identificar e caracterizar através das descrições existentes, as estratégias mobilizadas na operacionalização do processo nas diversas fases do mesmo.

Finalmente a dimensão **Repercussões do Processo de Cooperação** foi construída no intuito de identificar situações descritas que de algum modo fossem ilustrativas das repercussões da cooperação estabelecida no terreno.

A primeira versão da matriz, conduziu-nos a um processo de comparações, reformulações e sínteses sucessivas das quais resultou uma segunda já com categorias definidas (Anexo IV). Nesta matriz assinalámos apenas a presença ou ausência nos documentos de elementos ou fragmentos de texto susceptíveis de inclusão nestas categorias (Bardin 1977).

Submetemos também esta matriz à apreciação de juizes.

Para proceder à validação dos dados, devido às características do nosso estudo, tornou-se necessário seleccionar várias técnicas de recolha de dados, para ter acesso à informação. Só assim poderíamos obter uma informação detalhada e profunda, pois como nos diz Costa “ *um processo de estudo de caso não se pode socorrer duma única técnica, mas duma pluralidade delas, accionadas alternada ou simultaneamente pelo investigador*” (Costa 1999:140).

Além disso pelo facto de desenvolvermos no terreno a nossa actividade profissional, tornou-se necessário o recurso a diferentes técnicas, para validar o rigor da nossa pesquisa.

Recorremos assim à triangulação, uma vez que “*este é um procedimento amplamente usado, que consiste em empregar diferentes técnicas de recolha de dados, para assim poder validar dados e conclusões*” (Flores 1994: 62).

Chegados ao fim desta fase, deparámo-nos com inúmeras informações e

elementos de reflexão muito ricos e matizados, o que constituiu para nós um incentivo para iniciarmos o tratamento e análise dos dados.

3.1.3 – Procedimentos de Análise de Dados

O objectivo de uma investigação é responder à problemática de partida, para tal, o investigador procura informações para o orientar no sentido da resolução dessa problemática, socorre-se da análise, para poder interpretar essas informações e chegar a uma resposta final.

Como nos diz Bastardo (1997), a análise dos dados “*É um processo de ordenar, estruturar e dar significado ao conjunto dos dados obtidos*”.

Ou ainda, como nos diz Vala, a análise do acontecido é “*a descrição objectiva, sistemática (...), do conteúdo manifesto da comunicação*” (Vala 1999: 103).

“*É a técnica privilegiada para tratar o material colhido. Ela poderá mostrar por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a termos como a vida familiar, a vida económica, a vida profissional, a vida religiosa, etc.*” (Ib.: 105).

Ansiosos por dar continuidade à nossa intervenção, iniciámos a audição das entrevistas efectuadas, transcrevendo-as utilizando o programa *Microsoft Word 2000* do *Microsoft Office 2000*, num sistema operativo *Microsoft Windows XP*.

Apesar de morosa, a transcrição das entrevistas foi para nós muito útil, pois permitiu-nos destacar os aspectos mais relevantes e sublinhar as ideias chave, o que nos facilitou a identificação das unidades de análise.

Relembrámos, durante a transcrição, certas expressões, situações e outras manifestações não verbais, apresentadas pelos actores, que são de grande significado para o estudo.

Mas, para tal, já tínhamos sido alertados, ao consultarmos Flores, quando este nos diz que “*A recolha e análise dos dados em investigação qualitativa, devem ser efectuadas pela mesma pessoa. Os dados qualitativos são ricos em significado e a sua análise e interpretação necessita apoiar-se num conhecimento do contexto em que foram produzidos e das condições de produção*” (Flores 1994: 11).

Vimo-nos, então, perante várias dezenas de páginas, ricas em informação, resultantes das estratégias de recolha de dados seleccionados.

Consequentemente, colocou-se a necessidade de proceder à análise dos dados colhidos tanto através das entrevistas como dos documentos consultados, para tal quisemos seguir um método científico e rigoroso, pelo que efectuámos uma pesquisa em autores, cujas obras abordam esta metodologia (Bardin 1977; Miles e Huberman 1984; Grawitz 1984; Vala 1999; Bogdan e Biklen 1994 e Flores, 1994;), consultámos, também, estudos onde foi utilizada essa metodologia (Luz 1995; Palmeiro, 1995 e Pinheiro 1999).

Como nos diz Taylor e Bogdan (1986), “*todos os investigadores desenvolvem os seus próprios modos de analisar dados qualitativos*”, citado por Flores (1994: 39), também nós desenvolvemos os nossos, no entanto, como referimos, não pudemos, em ocasião alguma, deixar de usar uma prática rigorosa, preocupando-nos o uso de uma linguagem comum e de exaustividade. Iniciamos o nosso processo lendo e relendo novamente as entrevistas, numerando-as linha a linha, tendo em atenção a temática do estudo, para assim identificarmos, no interior das mesmas, as partes que nos interessavam.

Identificámos, em seguida, as “*unidades de análise*” (Vala 1999) ou as “*unidades de registo*” (Flores 1994), às quais atribuímos um código, que registámos no corpo da entrevista.

Este processo de codificação, permitiu-nos agrupar os dados em subconjuntos, em função das suas características comuns, pois, como nos diz Flores “*a análise prossegue quando separamos unidades e as agrupamos em função de determinadas afinidades*” (Flores 1994: 44).

Tendo em conta as unidades de análise, os objectivos do estudo e, também, a natureza dos dados recolhidos, iniciámos a elaboração da Matriz de Codificação Global das Entrevistas, nunca perdendo de vista a problemática do estudo que pretendíamos efectuar.

Preocupámo-nos, em seguida, em aplicar o Sistema de Códigos às entrevistas, ao darmos continuidade a este procedimento, vimo-nos na necessidade de alterar algumas codificações que tínhamos estabelecido, voltando ao início do procedimento, para assim podermos dar continuidade ao processo de uma forma

mais correcta, uma vez que neste momento já tínhamos um maior conhecimento de causa, pois “*À medida que o investigador possui um maior conhecimento do material que analisa, as regras de codificação podem alterar-se*” (Flores 1994: 50). Também, porque estes constituem uma espécie de mapa do conhecimento (Miles e Huberman 1984).

Assim, voltámos a fazer uma revisão aos objectivos do estudo e à problemática do mesmo, relemos as entrevistas e voltámos a atribuir novos códigos às categorias, que considerámos mais *objectivas* e *pertinentes*, preocupámo-nos com a relevância da validade, tendo em conta a adequação entre os objectivos do trabalho, as categorias definidas e o conteúdo a analisar (Grawitz 1984).

Dando continuidade ao processo, constituímos as primeiras matrizes de redução dos dados para, assim, podermos “*simplificar para potenciar a apreensão e, se possível, a explicação*” (Vala, 1986, p. 110).

Com este agrupamento, obtivemos textos, constituídos por excertos das entrevistas, onde se encontravam reunidos todos os elementos fornecidos pelos actores, relativamente à temática ou a determinado item.

Deparámo-nos, durante a aplicação do Sistema de Códigos às entrevistas, com o facto dos actores, se referirem a um mesmo assunto em diferentes partes da mesma.

Da exploração e interiorização desses textos, emergiu a identificação de novas unidades de análise, às quais atribuímos subcódigos, tendo em vista a identificação progressiva e gradual, visando sempre a necessidade de não perder de vista a globalidade dos discursos em causa. Ao finalizarmos este processo surgiu-nos, então, a Matriz de Codificação Global das Entrevistas definitiva construída utilizando simultaneamente uma abordagem indutiva e dedutiva (Anexo V).

Também na análise dos documentos utilizámos a metodologia anteriormente descrita, identificámos unidades de análise e categorias às quais atribuímos códigos (Anexo VI).

Desta análise e da exploração que efectuámos aos documentos desta vez já guiados pela matriz síntese anteriormente elaborada, construímos então a matriz de codificação global para análise dos documentos, já com os temas definidos, as categorias e subcategorias.

Preocupámo-nos, acima de tudo, que as categorias fossem *exaustivas*, isto é, que qualquer subunidade pudesse ser inserida em alguma das categorias, que tivessem *exclusão mútua*, que cada unidade se incluisse numa só categoria, *homogéneas*, que as categorias estivessem elaboradas segundo um único critério de ordenação e classificação, fossem *objectivas e adequadas* tanto em relação à problemática como aos objectivos do estudo (Bardin 1977; Grawitz 1984 e Flores 1994).

Aquando da atribuição dos códigos, foi nossa intenção relacioná-los com os conteúdos da categoria que identificavam, seguindo o critério de Miles y Huberman que recomendam o uso de nomes estritamente relacionados com a concepção que descrevem, de forma a recordarmos o conteúdo da categoria que simbolizam (Miles e Huberman 1984).

Sentimos, ainda, a necessidade de discutir com colegas que realizaram estudos utilizando esta metodologia, sobre a adequação dos procedimentos e dos códigos utilizados, procurando assim evitar distorções e efectuar um controlo da fidelidade⁷.

Todos estes procedimentos constituíram um trabalho profundo, moroso e interessante, porque apesar de fazermos e desfazermos, fomos ultrapassando as diferentes etapas, aprendendo com os erros cometidos.

Após reduzirmos os dados a que nos temos referido, o que nos permitiu simplificar a informação, surgiu-nos a necessidade de os dispor de forma organizada, a fim de possibilitar a obtenção de conclusões.

Para Miles e Huberman (1984), a melhor maneira de dispor os dados é sob a forma de matrizes. Podendo estas ser construídas utilizando “ *uma tabela de dupla entrada, alongando em cada quadro de intersecção de cada fila e cada coluna uma informação textual, correspondente os aspectos especificados para as filas e colunas*” (Flores 1994: 91).

Seguindo esta recomendação, optámos por apresentar os dados referentes às matrizes da análise, em tabelas de dupla entrada, nas quais inserimos os excertos codificados duma mesma categoria, reproduzindo as palavras dos actores que entrevistámos (Anexo VII), e as frases significativas que encontramos nos documentos analisados (Anexo VIII).

⁷ Foi utilizada a fidelidade inter-codificadores (Vala 1999: 117).

Tornou-se, mais fácil deste modo agregar e ordenar os dados, para assim tornar possível o estabelecimento de comparação entre as respostas dos diversos actores, tendo sempre em vista o processo de interpretação.

Procurámos assim avançar para a explicação e compreensão da realidade superando os limites da mera descrição, aproximando-nos da interpretação e explicitação dos vínculos contextuais encontrados pelo investigador (Flores 1994).

É sobre estas realidades retractadas nos dados encontrados que falaremos no capítulo seguinte.

4 – O PROCESSO DE COOPERAÇÃO EM ENSINO CLÍNICO – CONTEXTUALIZAÇÃO E REPRESENTAÇÕES DOS ACTORES

4.1 – ENSINO CLÍNICO – UM CONTEXTO DE CONTEXTOS

A formação em enfermagem desde sempre esteve ligada à prática, sendo o contexto de trabalho o local privilegiado para a construção dos saberes. Falar desta formação, significa inscrevê-la num contexto específico, onde interagem um conjunto diversificado de actores, oriundos de contextos diferenciados, com identidades, culturas e saberes próprios, que desenvolvem e estabelecem entre si, vários tipos de relações pessoais, profissionais, de ensino e aprendizagem, modeladas por acções estratégicas, que influenciam o desenvolvimento dessa mesma formação.

O ensino clínico constitui um contexto formativo, inscrito num local e espaço de tempo definidos, promotor do desenvolvimento de competências por parte dos envolvidos. Neste ‘contexto’, intervêm vários actores, professores, enfermeiros, alunos, médicos, doentes, etc. todos eles oriundos de locais e até organizações distintas.

Apesar de todos eles interagirem, as relações e interacções mais estreitas em termos formativos, estabelecem-se entre professores, enfermeiros e alunos, pois serão os dois primeiros, que conduzirão os últimos durante o percurso formativo a efectuar no contexto da prática profissional (ensino clínico).

No caso aqui em estudo, tomámos como unidade de análise os Ensinos Clínicos de Fundamentos de Enfermagem (1.º Ano 2.º Semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem) e Enfermagem Médico-Cirúrgica (2.º Ano 2.º Semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem), que decorreram nos Serviços de Medicina da unidade hospitalar a que nos temos referido, de Maio a Julho de 2002.

Estes ensinos clínicos têm como finalidade conceptualizar o ‘Ser Enfermeiro’ através do desenvolvimento de competências e aptidões suportadas pelos

conhecimentos facultados durante o período teórico, com vista a uma prestação de cuidados inter-relacionados, de acordo com o estadió de aprendizagem do aluno, ao utente e família (Guia Orientador do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem).

Constituem uma actividade que permite ao aluno não só a aplicação de conhecimentos teóricos, mas a adaptação a uma realidade individual de cada pessoa a quem *Cuidam* (Guia Orientador do Ensino Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica).

A orientação baseia-se numa relação entre professor/enfermeiro/aluno através do estabelecimento de um processo dinâmico e construtivo, cujo objectivo principal é o desenvolvimento de competências por parte do aluno.

Esta orientação é protagonizada pelos professores das respectivas áreas e pelos enfermeiros orientadores nomeados pelo hospital.

É neste espaço formativo que os alunos percebem a realidade da prática, se confrontam e estabelecem as diferenças e paralelismos entre aquilo que aprenderam na escola e a nova realidade do terreno. Assim o ensino clínico, contexto por excelência promotor do desenvolvimento de saberes e competências como é definido por autores como Franco (2000) e Longarito (2002), constitui-se um complexo social, palco de interacções, negociações e cooperação, estabelecidas entre os actores intervenientes no mesmo.

Estudar estas interacções, inseridas no contexto de cooperação organizacional que subjaz ou deveria estar presente em ensino clínico constitui uma das finalidades deste trabalho, para tal, o conhecimento prévio do grupo de actores que operacionalizam e modelam esta cooperação através do acompanhamento e orientação de alunos, é essencial, para a concretização desse objectivo.

Compreender as concepções e as **representações** que estes actores têm acerca do processo, bem como os objectivos e finalidades do seu envolvimento no mesmo, permitir-nos-á a articulação com as restantes dimensões que serão exploradas ao longo deste estudo.

Pretendemos conhecer as percepções dos enfermeiros e professores, fundamentais na abordagem das dimensões sobre as quais nos interrogamos e para as quais concorrem determinismos individuais e organizacionais tal como é definido

por Crozier e Friedberg (1977).

Antes de nos debruçarmos sobre os determinismos, acções e estratégias dos actores modelados por saberes e culturas que subjazem aos contextos organizacionais donde são oriundos, analisaremos o contexto do ensino clínico, à luz das teorias organizacionais, considerando a acção dos diversos factores que nele interferem.

4.2 – DO ENVOLVIMENTO ORGANIZACIONAL ÀS REPRESENTAÇÕES DOS ACTORES

Às organizações educativas subjaz hoje, a necessidade crescente de abertura através do estabelecimento de relações e alianças com parceiros exteriores.

Cada vez mais a educação deverá orientar-se para a consciencialização social, onde a intervenção, a participação e a cooperação se tornem apanágio da acção estratégica promotora do desenvolvimento social e colectivo.

Atendendo ao paradigma emergente, as organizações de ensino superior devido à posição estratégica que ocupam no espaço social, têm um papel preponderante no desenvolvimento deste modelo, assim, a articulação escola/empresa parece ser a resposta ao ‘encontro de saberes’, necessários ao desenvolvimento dos diversos actores sociais envolvidos, mas para que este processo ganhe dimensão é necessário oferecer-lhe uma dinâmica temporal que envolva um ritmo de desenvolvimento e uma continuidade de ligação (Almeida e Costa 2000).

Pelo exposto ao longo deste trabalho, corroborado com o descrito no enquadramento teórico acerca da formação em enfermagem, apoiados em factos históricos e legislação existente, verificamos que a formação de enfermeiros esteve desde sempre ligada ‘à prática’, isto é, ao mundo do trabalho e das organizações de saúde.

Esta, continua a ser uma prática actual, no entanto, com as evoluções sociais a que assistimos, a integração no Ensino Superior Politécnico, bem como as constantes exigências a que somos expostos devido à crescente expansão tecnológica, obrigam-nos a reflectir sobre os modelos de formação.

Para a Escola aqui em estudo, esta reflexão e esta necessidade são uma

realidade, assim como a operacionalização de acções estratégicas que promovam a verdadeira integração de saberes, no sentido do desenvolvimento de competências, conforme podemos verificar através da análise que efectuámos aos documentos produzidos pela organização.

“A formação de enfermeiros nunca poderá ser desligada da prática, pois só assim se contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma verdadeira integração teórico-prática”.

(Protocolo de Cooperação)

A necessidade de mudança, e de estabelecimento de uma nova relação com as organizações de saúde, baseada na comunicação está também subjacente às descrições documentais.

“Impõe-se neste momento, uma mudança, nomeadamente potenciar as relações entre a Escola e o Hospital, através de uma comunicação aberta e franca de modo a atingir um mais dinâmico envolvimento em termos formativos”.

(Protocolo de Cooperação)

Ao reflectir sobre as directrizes, importou-nos analisar o envolvimento organizacional, os objectivos e finalidades subjacentes, levantando-se desde já uma questão: Será que apesar das primeiras apontarem para a negociação, comunicação e envolvimento, subjazem também aos objectivos, finalidades, concepções e premissas de operacionalização as características das organizações aprendentes e formantes conforme se preconiza neste tipo de processo?

Continuando a exploração e análise dos documentos, encontrámos várias frases que nos conduziram às concepções, finalidades e objectivos:

“No mundo de aceleradas mudanças em que vivemos, a enfermagem deve, tal como as outras ciências, empreender esforços no sentido de tornar os profissionais aptos a corresponder às necessidades duma sociedade em permanente mutação”.

“É celebrado um protocolo (...) tendo por principais finalidades:

- Valorizar o relacionamento entre as duas instituições;*
- Optimizar a relação pedagógica no sentido do desenvolvimento pessoal e técnico tanto dos alunos como dos profissionais;*
- Adequar a teoria à prática, numa perspectiva de mudança;*
- Fomentar a inter-relação de enfermeiros do contexto de trabalho nas escolas e vice-versa, com o objectivo de tornar o ensino menos distante do real e o exercício mais próximo do ideal;*
- Privilegiar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes”.*

“Constitui objecto do presente protocolo a concretização do processo de cooperação entre os outorgantes no desenvolvimento de actividades regulares, ao nível da formação, quer dos alunos quer dos enfermeiros”.

(Protocolo de Cooperação)

Pela análise de conteúdo efectuada aos documentos, verificamos haver uma intenção, de abertura e acção negociada, com objectivos e finalidades convergentes, uma vez que se procura utilizar uma abordagem de aprendizagem estratégica, Petit e Dubois (2000), através da criação de estruturas organizacionais capazes de criar desenvolvimento tanto para os alunos como para os profissionais das organizações envolvidas.

As intenções *formais*, apontam claramente para a adopção de um modelo assente numa lógica interna de trocas, proporcionador de oportunidades formativas, no entanto, não nos devemos esquecer dos actores que fazem parte destas organizações (Escola e Hospital), uma vez que serão eles a operacionalizar, esta cooperação.

Desta forma, uma outra questão se levanta: Como são estes actores envolvidos no processo de cooperação em ensino clínico?

“O Hospital X proporcionará à Escola Y, os recursos humanos em enfermagem e/ou os serviços/unidades de cuidados como local de E.C..”

“O Conselho Científico da Escola Y deve no início de cada ano lectivo, apresentar o plano de E.C. a realizar no Hospital X.”

“O Enfermeiro Director, ouvidos os enfermeiros chefes dos diferentes serviços, deverá indicar anualmente um enfermeiro orientador por serviço, com conhecimentos técnicos e científicos em enfermagem, capacidades pedagógicas, relacionais e de comunicação, com evidência na sua prática profissional, para assumir, conjuntamente com o docente responsável pelo E.C. e os enfermeiros da equipa, a orientação e avaliação dos alunos.”

“A Escola Y compromete-se a passar comprovação declarativa da colaboração prestada, aos enfermeiros orientadores que colaboraram no desenvolvimento do E.C..”

(Protocolo de Cooperação)

Verificamos assim que o envolvimento dos enfermeiros no ensino clínico, constitui uma das cláusulas do protocolo de cooperação estabelecido entre as organizações, sendo os enfermeiros orientadores indicados pelas respectivas chefias e direcção de enfermagem.

Quanto aos professores que acompanham os alunos constatámos através das observações efectuadas no terreno, que estes são oriundos das áreas responsáveis pelos diversos ensinamentos clínicos.

Podemos então dizer que se encontra subjacente a todo o processo, uma lógica burocrática e protocolar, desde as directrizes de operacionalização, à nomeação dos envolvidos, não só por aquilo que é preconizado em termos de protocolo de cooperação, como pela análise de outros documentos aos quais tivemos acesso.

“O planeamento desta disciplina teve como pressupostos o articulado no protocolo de cooperação, entre Escola/Hospital”.

(Guia Orientador do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem)

“O presente relatório surge na sequência do protocolo de cooperação firmado entre a Escola Y e o Hospital X”.

(Relatório de Ensino Clínico)

Assim concluímos através da análise efectuada aos documentos, que apesar das directrizes apontarem para a emergência de um novo modelo organizacional, mais aberto, indicando um funcionamento em rede, baseado na acção negociada e na comunicação, pelo menos às nomeações e ao planeamento do ensino clínico, subjaz uma lógica burocrática, com o poder e o saber concentrados no topo Giddens (2000), baseada numa colaboração pré-definida e racionalizada.

No entanto, considerando a organização como um sistema dentro do qual os actores desenvolvem estratégias e ocupam posições, fazendo-o funcionar através de tomadas de decisão e negociações estabelecidas Bernoux (s.d.), há que conhecer o jogo através dos testemunhos dos mesmos, para assim podermos estabelecer o intervalo entre as pessoas e o colectivo.

Foi no quadro deste cenário que quisemos conhecer as representações dos actores, acerca do processo de cooperação, sobre o seu envolvimento no mesmo, bem como sobre as finalidades e objectivos da sua intervenção no ensino clínico. Só através da compreensão das lógicas de envolvimento dos enfermeiros na organização e dos paradigmas dominantes seria possível uma análise mais profunda, tendo em vista a reconceptualização dos modelos de cooperação subjacentes.

Quisemos então saber o que representava para os actores envolvidos a cooperação, esta foi a questão inicial da nossa entrevista, porque nos pareceu o ponto fulcral, o centro à volta do qual tudo se desenvolve, pois através das suas

representações ser-nos-ia possível conhecer a *imagem* construída no tempo acerca da cooperação que efectivavam.

Procurámos aprofundá-la perguntando-lhes: De que forma se encontravam envolvidos no processo? Quais as razões, objectivos e finalidades subjacentes às suas estratégias? O que é que na realidade os leva a cooperar? Em que condições se processa essa cooperação?

O recurso a estas questões conduziu-nos num caminho de compreensão das concepções destes actores, que posteriormente nos ajudariam a entender as lógicas de acção estratégica, uma vez que o conhecimento estrito dos papéis não nos permitia apreender com precisão suficiente a criação ou a aceitação da cooperação Petit e Dubois (2000).

Já no terreno os professores e enfermeiros apresentaram vários conceitos de cooperação, uns disseram que cooperar era “*colaborar com*”, “*unir esforços*” outros falaram em “*partilha*” outros ainda disseram ser simplesmente “*uma troca*”.

Outros foram mais além, falaram-nos na relação que estabeleciam entre o conceito e aquilo que para eles concebiam ser a sua prática, falaram-nos ainda de premissas que no seu ver envolviam a cooperação como: “*haver um conhecimento mínimo entre as pessoas*”, “*haver uma relação de ajuda*”, “*comunicar*”, “*interagir*”.

Mas o que melhor poderá ilustrar estes conceitos que as próprias palavras dos enfermeiros e professores?

“Cooperar é colaborar com.”

“Cooperar tem a ver com participar na formação prática desses alunos e na orientação do dia a dia dos estágios.”

(Enf. A)

“Cooperar é organizarmos intervenientes num determinado processo, onde todos dêem o seu contributo e que todos ao fim e ao cabo se proponham atingir o mesmo fim”.

“Neste caso será haver uma relação de ajuda, (...), entre a instituição onde estamos a efectuar o E.C. e a própria escola”.

(Prof. D)

Ao longo destes discursos surgem associados ao conceito de cooperação outros

como colaboração e ajuda, que segundo autores como Silva (1990) e Santos (1999), não implicam a reciprocidade efectiva inerente à cooperação.

Já outros, complementam as suas definições com expressões e conceitos dinâmicos, indicando uma visão mais próxima daquela que nós designámos neste estudo como cooperação efectiva:

“Cooperar é, (...), um dar e um receber, o entendimento entre duas partes.”

“Neste caso em relação à escola, a cooperação que tenho tido tenho-a considerado positiva, pelo entendimento que tenho estabelecido com os professores que vêm para o serviço onde eu tenho estado com os alunos (...) tem havido um entendimento recíproco”.

(Enf. B)

“Cooperar será actuar sobre uma determinada realidade e um determinado contexto, actuar de uma forma articulada e em conjunto com os diversos actores, (...), com vista a, com essa actuação conjunta, atingir determinados objectivos comuns”.

(Enf. C)

“Cooperar significa para mim, estabelecer uma relação de interacção para atingir um determinado fim, que seja comum a ambas as partes executantes”.

(Prof. A)

“Cooperação é (...), uma ligação entre dois profissionais, neste caso com objectivos comuns e que irão (...), desenvolver uma determinada actividade tendo que obedecer a princípios que forem nomeados ou o objectivo pretendido por eles”.

“Passa pela responsabilidade de parte a parte de cada um”.

(Prof. B)

“Cooperar pode ser uma troca, (...), uma simbiose”.

(Prof. C)

“Cooperar (...), para mim representa partilha de alguma coisa, comunicar interagir, É um dar e receber de conceitos, de comportamentos, de atitudes. É uma interacção que é estabelecida, pelo menos, com duas pessoas para que determinado percurso seja benéfico, (...), para que haja de facto, uma grande finalidade atingida”.

(Prof. E)

As perspectivas que acabámos de analisar, não se afastam das conclusões a que chegaram alguns autores que estudaram processos semelhantes Santos (1999) e Zay (2000), tendo também encontrado definições de carácter mais relacional, associado à aliança e outros de carácter consensual e de interacção mais ligados à cooperação.

Importa notar que face ao carácter de interacção e comunicação inerente ao processo de cooperação, há actores que se reportam à necessidade do conhecimento mútuo.

“Terá que haver um conhecimento mínimo entre as pessoas”.

(Prof. B)

Um outro ainda dá relevo à forma de ser e estar dos envolvidos, sendo estas muitas vezes condicionadoras do próprio processo.

“A cooperação depende também muito dos actores que são envolvidos, (...) a maneira como depois surge a cooperação, a profundidade dessa cooperação, a forma mais livre ou mais moderada de como a cooperação se desenvolve”.

(Enf. A)

Em síntese, há um conjunto de definições e concepções que se conjugam nas representações que os professores e enfermeiros têm acerca da cooperação, enquanto conceito e processo. Apesar de dois dos actores, um professor e um enfermeiro, apresentarem conceitos, mais próximos da colaboração e da ajuda, do que da cooperação, os restantes (dois enfermeiros e quatro professores), definem-na através dos vínculos criados pelos actores, resultantes de uma lógica de fazer conjunto, onde os actores implícitos criam relações de partilha, confiança e compromisso.

A reforçar verifica-se subjacente ao discurso de um dos enfermeiros, a consciencialização acerca do facto da cooperação depender dos actores envolvidos pois estes *“são de facto actores relativamente livres e autónomos que criam um sistema. Fazem-no funcionar através duma rede de relações em que negociam, trocam, tomam decisões”*.(Bernoux s.d.: 134).

Contudo, conhecer apenas as representações, não chega para contextualizar e caracterizar o envolvimento dos actores neste processo, é necessário saber mais, conhecer a forma de envolvimento, e as condições em que esta se processa, foi esse o passo seguinte.

Face à análise efectuada às fontes de informação documentais, e às premissas de nomeação dos intervenientes, quisemos saber como se processou o envolvimento dos actores no processo de cooperação, bem como os elementos o enquadraram.

Interessava-nos saber se esse envolvimento tinha sido voluntário, principalmente por parte dos enfermeiros, uma vez que à partida por razões de ordem profissional

inerentes às funções, os professores fazem parte do processo de formação. No entanto também por parte destes últimos, quisemos conhecer a forma como se *viam* envolvidos e *percepcionavam* a integração dos enfermeiros, uma vez que a tomada de posição dos diferentes actores, poderiam constituir à luz da análise estratégica, uma condicionante ao processo.

No caso dos enfermeiros cedo se tornou claro, que o envolvimento no processo de cooperação foi decidido pelas chefias, vindo as suas palavras reforçar as conclusões a que tínhamos chegado através da análise dos documentos produzidos.

“A determinada altura, foi entendido, após a existência do protocolo entre a escola e o hospital, foi definido de uma forma mais concreta que em todos os serviços haveria alguém que servia como elemento de ligação com... durante o estágio dos alunos.

A Enfermeira Chefe do serviço, em conjugação com o Enfermeiro Director da altura, entendeu por bem que neste serviço seria eu. Nesse sentido acabei por me envolver no processo dos estágios”.

(Enf. A)

“Primeiro a enfermeira chefe falou comigo, se eu estaria receptivo ou não a colaborar com a escola e os ensinamentos clínicos, se estaria receptivo a estar com os alunos”.

(Enf. B)

“O Enfermeiro Chefe terá que ser sempre um elemento privilegiado nessa articulação.

Na altura não tinha um elemento(...), de horário fixo que pudesse garantir-me essa articulação e essa cooperação de uma forma eficaz, assumi eu essa função”.

(Enf. C)

O facto de se tratar de um processo burocrático, uma vez que à nomeação se encontra subjacente uma lógica determinista oriunda das chefias, não constitui um constrangimento, pois todos os enfermeiros afirmaram estar voluntariamente a orientar alunos e a cooperar com os professores da escola.

“Encontro-me voluntariamente envolvido. Portanto fui convidado, perguntaram-me se eu queria fazer este tipo de trabalho”.

(Enf. A)

“Eu disse que sim e tenho estado sempre empenhado o máximo possível, para cooperar o melhor possível”.

(Enf. B)

“De um modo geral as pessoas neste tipo de processo são pessoas que estão disponíveis e que têm até já alguma formação de base”.

(Enf. C)

No caso dos professores da escola, quisemos aprofundar esta categoria, no sentido de saber se o seu envolvimento se devia a razões de imposição ditadas pelo modelo formativo da organização escolar, ou não e quais as percepções que tinham desse envolvimento cooperativo.

A esta procura subjazem conceitos derivados da análise estratégica pois sabemos que *“a conduta humana não é assimilada em nenhum caso ao produto mecânico da obediência, (...) ela é sempre a expressão e a acção da margem de liberdade de que cada um dispõe”* e quase sempre condicionadora dos processos onde os actores estão envolvidos.(Crozier e Friedberg 1977: 39)

Neste sentido procurámos entender as condutas e percepções dos professores.

A razão prevalecente parece dever-se ao facto dos professores terem outras actividades paralelas ao acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico, tendo este motivo sido referido por dois dos docentes entrevistados.

“A dificuldade que há em haver pessoal na escola para poder acompanhar alunos durante todo o turno, durante as oito horas que os alunos ficam no hospital”.

(Prof. A)

“Frequentemente, os docentes têm muitas actividades, às vezes continuam com aspectos teóricos, mesmo no aspecto de projectos e tudo isso, (...) há muitas actividades paralelas”.

(Prof. C)

Também do conhecimento que temos do terreno, podemos afirmar que muitas vezes paralelamente aos ensinamentos clínicos, os professores têm aulas teóricas e aqueles que além das funções de docente ocupam lugares em órgãos directivos, como é o caso de alguns dos entrevistados, têm também durante estes tempos reuniões e outras actividades inerentes ao cargo.

Também Franco (2000), no estudo que realizou sobre a orientação de alunos em ensino clínico faz referência ao facto da evolução a que assistimos em termos educativos, ter trazido aos docentes novas atribuições, ter-lhes sido exigido mais formação, bem como uma maior participação nas várias estruturas da escola, para além da leccionação de aulas e do acompanhamento de alunos em ensino clínico.

Das palavras dos professores emerge ainda a importância que consideram ter a cooperação, demonstrando estarem envolvidos voluntariamente no processo, aceitarem a intervenção dos enfermeiros do terreno, revelando até empenhamento no sucesso do mesmo.

“Considero que a cooperação, nomeadamente em termos de E.C. é extremamente importante”.

(Prof. C)

“Hoje em dia, há pelo menos teorias e há pelo menos pessoas que neste momento pensam que os alunos devem estar no hospital acompanhados pelos enfermeiros do hospital”.

“É muito melhor ser o enfermeiro do hospital, o cooperante digamos assim, a ajudar o aluno do que o próprio professor, porque está com muito mais destreza, está com muito mais ritmo, está dentro da prática e o professor da escola, muitas vezes essa prática vai-se perdendo”.

(Prof. A)

“Em termos do envolvimento nessa cooperação, (...), considero uma parte integrante do processo de cooperação pela forma como nós realizamos os ensinamentos clínicos, ficamos responsáveis por determinados serviços, nós digamos que somos, da parte da escola, quem vai dar uma parte dessa cooperação”.

“Sou um dos elementos e sinto-me perfeitamente envolvido nesse processo de cooperação”.

(Prof. D)

Há no entanto inerente ao discurso de um dos professores a figura do *pressuposto legal*, como principal razão da cooperação e da sua integração.

“O processo de cooperação entre a escola e o hospital parte de um pressuposto legal, que é definido pelo protocolo de actuação, em que parte-se por aí que tem que haver uma partilha, tem que haver uma colaboração entre as duas instituições”.

“Esse é o pano de fundo, que faz com que nós escola levemos os alunos para lá, o hospital assume o compromisso de receber os alunos, em E.C”.

(Prof. E)

Contudo, vê esta cooperação como uma forma de *dar continuidade* ao processo formativo dos alunos, o que à partida constitui uma mais valia no desenvolvimento de saberes.

Em suma, a rentabilização dos recursos humanos é uma das razões mais apontadas para a integração no processo de cooperação, um dos discursos aponta no

sentido do cumprimento do protocolado e tendo em conta o preconizado nos documentos, e ainda que comprometidos numa base derivada da fixidez oriunda de formalismos burocráticos, a maioria dos actores intervenientes no processo de cooperação, integra-o por decisão voluntária (três enfermeiros e três professores), comportando os seus discursos observações como “*considero a cooperação extremamente importante*”.

As directrizes de integração no processo, que à primeira vista parecem deterministas e com carácter de obrigatoriedade, não parecem contingenciar as tomadas de posição dos intervenientes, estando este comportamento de acordo com o descrito por Friedberg “*qualquer que seja o grau de constrangimento que um sistema faça pesar sobre os seus membros, estes transformam-nos constantemente pelas sua condutas*” (Friedberg 1995: 19).

Essas condutas, são muitas vezes condicionadas, pelos objectivos e finalidades, que os intervenientes delimitam.

Foi neste sentido, que perguntámos ainda aos professores e enfermeiros, quais foram os motivos, que os levaram a cooperar, quais os objectivos e finalidades da sua intervenção no processo.

E eles falaram, apontaram vários motivos, contaram-nos histórias acerca da sua vida profissional, das suas experiências enquanto profissionais e alunos, das organizações, onde já tinham trabalhado, um sem número de acontecimentos, que à partida pareciam não fazer sentido como resposta à pergunta que tínhamos colocado.

No entanto, no final compreendemos, que estas histórias tinham ligação com o processo de cooperação, o acompanhamento que se propunham efectuar assemelha-se àquele que foi definido por Aubrey e Tilliette (s.d.) como “*caminhada e partilha de experiências*”, onde os valores associados às práticas profissionais e organizacionais “*servem de veículos à cultura, contribuindo para a socialização profissional do aluno*”, conforme é também referido por Luz no estudo que efectuou sobre formação em enfermagem (Luz 1995: 28).

Principalmente os enfermeiros tinham como objectivo, transmitir normas e valores culturais, ser um pouco *modelos*, conforme nos confidenciaram.

“porque penso que de facto podia, de alguma forma, ter algo a dar a essas pessoas, a dar no sentido de oferecer, em termos de conhecimento, em termos de forma de

estar, às pessoas que estão de facto, a começar a traçar o que vai ser o seu perfil a nível profissional”.

“Nós acabamos por ser modelos, (...), há uma série de saberes adquiridos, de conhecimentos que se vão aprofundando com os aspectos práticos e que acabam por, como às vezes são transmitidos implicitamente, outras vezes pela própria maneira de estar, pela maneira como nos relacionamos com o utente. Acabam por servir como, de facto, como modelo e que se pode dizer que são uma cultura da profissão”.

(Enf. A)

“Eu tenho uma experiência profissional de onze anos, em que já passei por variadíssimos serviços, e em termos práticos adquiri conhecimentos que eu penso bons da prática de enfermagem”.

“Eu também já fui aluno, e gostei de ter alguém mais velho, alguém que me mostrasse a maneira de fazer as coisas, como modelo, é isso que eu pretendo transmitir”.

(Enf. B)

“Há uma proximidade de objectivos, (...), à uma predisposição natural para os enfermeiros gostarem e, até, se disponibilizarem para participar na formação de futuros colegas”.

(Enf. C)

Também ao discurso de um dos professores, subjaz o reconhecimento do contexto de trabalho como local privilegiado para a absorção da cultura da profissão.

“Ver o orientador a trabalhar, ver os enfermeiros do terreno a trabalhar, trabalham com eles, porque eles são socializados com aquelas pessoas, eles não são socializados comigo, os pares deles são os enfermeiros do terreno”.

(Prof. E)

Dos discursos emerge a necessidade de transmissão da cultura profissional, onde se misturam valores, normas, formas de ser, estar e fazer comuns, cujo objectivo principal será a construção identitária do aluno baseada no ‘modelo cultural’ que subjaz à própria profissão (Sainsaulieu 1997).

Contudo não foram só estes os objectivos apontados, o gosto pessoal associado à necessidade de desenvolvimento pessoal e curricular foi também referido pelos enfermeiros.

“Eu penso que em termos curriculares é importante podermos dizer que colaboramos na formação de futuros colegas nossos”.

“Eu sempre gostei muito de fazer formação como formador”.

(Enf. A)

“Gosto de estar com alunos, (...) motiva-me, (...) sinto-me satisfeito e valorizado”.

(Enf. B)

Já os professores referiram como principal objectivo e finalidade da cooperação proporcionar melhores aprendizagens ao alunos através da optimização das condições pedagógicas e de formação, porque no seu dizer, são os enfermeiros da prática que *têm as vivências das situações novas que aparecem no terreno.*

“Permite por os alunos numa situação de aprendizagem para a qual têm duas vertentes. A vertente teórica, por parte dos professores da escola, e a vertente prática, que acontece no dia a dia através dos enfermeiros que estão a cooperar”.

“Para mim os objectivos têm a ver com a melhor aprendizagem dos alunos”.

“Porque são aqueles que têm as vivências, são aqueles que estão no terreno, digamos, todos os dias, as situações novas são lá que aparecem”.

(Prof. A)

“A cooperação é importante porque nós estamos aqui fechados na escola e realmente há coisas que nos vão ultrapassando”.

(Prof. C)

“Tem a ver, essencialmente, esse objectivo com uma boa formação dos alunos”.

(Prof. D)

Verificámos pela análise desta categoria que os principais objectivos e finalidades da cooperação estão muitas vezes relacionados com a própria cultura e identidade profissional, uma vez que a socialização dos pares e a transmissão de modelos surge como referência em quatro dos entrevistados.

A esta perspectiva subjaz a importância do contexto organizacional, bem como da intervenção dos pares na reprodução e transmissão das normas e valores profissionais, que se traduzirão nos alunos em traços identitários, em formas de fazer, estar e ser, que permitirão à sociedade reconhecê-los como pertencentes a uma categoria socioprofissional Petit e Dubois (2000).

Também o desenvolvimento pessoal e profissional sobressai do discurso dos enfermeiros, sendo esta perspectiva compreensível, uma vez que em termos de progressão na carreira de enfermagem, tanto em termos de progressão horizontal (subida de escalão que ocorre de três em três anos, em consequência de uma

avaliação de desempenho com ‘satisfaz’), como para efeitos de progressão vertical, isto é subida de categoria, através de concurso público, é dada grande importância à participação em processos formativos. O acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico, é certificado pela escola, através de documento comprovativo, que nestes casos tem grande peso na avaliação curricular.

O proporcionar situações de aprendizagem adequadas e actualizadas, constitui ainda uma finalidade para três dos professores inquiridos, a referência a esta dimensão, vem de encontro também aos objectivos traçados pela própria organização escolar, sendo compreensível a influência, pois estes apesar de serem actores relativamente livres Bernoux (s.d.), são também portadores de uma ‘cultura interna’ Luz (1995), sendo natural a expressão das orientações partilhadas pelos membros da organização.

Procurando sintetizar a informação colhida no que diz respeito à temática abordada ‘Processo de Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores’, elaborámos a matriz de síntese n.º1 que apresentamos no final.

Ao longo deste capítulo, contextualizámos o ensino clínico, caracterizámos o envolvimento organizacional, conceptualizando-o à luz de um modelo organizacional. Verificámos que ao normativo protocolar se encontrava subjacente, um modelo de organização aprendente e formante, uma vez que a aposta é feita em lógicas de interacção estratégicas, baseadas na abertura e comunicação inter-institucionais, deixando lugar à negociação quer dos recursos humanos, quer das próprias organizações.

Quisemos ainda identificar as directrizes organizacionais de envolvimento dos actores no processo de cooperação, concluímos estar subjacente às mesmas, uma lógica burocrática, que de certa forma poder-se-ia tornar constrangedora do mesmo.

Tendo como referência os princípios inerentes à análise estratégica, partimos em busca do conhecimento das representações dos actores envolvidos. Através dos seus discursos, verificámos existir uma dicotomia em relação ao próprio conceito de cooperação, considerámos que seis dos entrevistados (dois enfermeiros e quatro professores), apresentaram o conceito de forma que consideramos adequada, muito próximo da cooperação que é necessário desenvolver no seio de organizações aprendentes. Dois deles (um professor e um enfermeiro), referem-se à cooperação

como uma colaboração ou relação de ajuda, o que considerámos desadequado, face ao conceito por nós adoptado, podendo também esta representação tornar-se modeladora das estratégias operacionais desenvolvidas pelos mesmos.

Uma vez que os enfermeiros orientadores surgiam no processo, através de nomeação, e os professores por inerência ao cargo, quisemos conhecer a sua perspectiva neste sentido, sendo referido por seis dos oito entrevistados o voluntarismo da integração dada a importância que reconheciam à cooperação.

No entanto, contrariamente à maioria, um dos professores referiu que o envolvimento no processo se devia ao cumprimento do protocolado.

Sabendo que “*os homens nunca aceitam ser tratados como meios ao serviço de objectivos, cada um tem os seus próprios objectivos*” Petit e Dubois (2000:110), averiguámos os objectivos e finalidades subjacentes à intervenção dos actores no processo de cooperação.

Confrontámo-nos com dimensões como auto realização, desenvolvimento pessoal e curricular (referenciada por 2 enfermeiros), encontrando explicação à luz da actual carreira de enfermagem. A optimização das condições de formação, foi referida por três dos professores, sendo estas finalidades convergentes com os objectivos organizacionais.

Por último, verificámos que a transmissão da matriz cultural, subjaz aos objectivos e finalidades de intervenção no processo de cooperação para metade dos entrevistados, sendo mais uma vez reconhecido a importância do contexto de trabalho e da intervenção dos pares, no processo de socialização dos futuros enfermeiros.

No entanto, sabemos também que a cultura só poderá ser veículo de desenvolvimento se comportar as várias subculturas oriundas dos diferentes contextos que envolvem o meio organizacional (Luz 1995).

Só encarando a cultura como *transmissão*, através de práticas de informação, de formação e de comunicação destinadas à tomada de consciência dos modelos normas e valores Sainsaulieu (1997), através da adopção de um *modelo de negociação* que privilegie o debate de ideias valorizando a diferença de experiências ela se tornará fonte de crescimento Petit e Dubois (2000).

Sabendo que “*O actor constrói em função das suas próprias experiências e representações*” ib. (147), foi nossa intenção conhecê-las.

Uma vez que no interior das organizações existem determinismos variados, mas também múltiplas possibilidades de desenvolvimento dada a liberdade dos intervenientes, afigura-se desafiadora a perspectiva de análise, das práticas e estratégias dos actores na operacionalização do processo de cooperação.

Matriz de Síntese n.º 1 – Processo de Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores

Entrevistas / Categorias / Dimensões	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Prof. A	Prof. B	Prof. C	Prof. D	Prof. E	Total de Respostas
Cooperação – Representações dos Actores – CRA									
Colaboração / Relação de Ajuda	X						X		1 Enf. 1 Prof.
Carácter Dinâmico – Interação / Comunicação		X	X	X	X	X		X	2 Enf. 4 Prof.
Envolvimento no Processo de Cooperação – EPC									
Nomeação/Inerência de Funções – Com Envolvimento Voluntário dos Actores	X	X	X	X		X	X		3 Enf. 3 Prof.
Rentabilidade de Recursos Humanos				X		X			2 Prof.
Cumprimento do Protocolado								X	1 Prof.
Objectivos e Finalidades da Intervenção no Processo de Cooperação – OFC									
Transmissão da Matriz Cultural	X	X	X					X	3 Enf. 1 Prof.
Auto-realização/Desenvolvimento Pessoal e Curricular	X	X							2 Enf.
Optimização das Condições de Formação				X		X	X		3 Prof.

5 – A COOPERAÇÃO EM ENSINO CLÍNICO – DA ESTRUTURAÇÃO DOS CONTEXTOS ÀS PRÁTICAS E REPERCUSSÕES MODELADAS PELAS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES

A construção da acção é fortemente modelada pelas experiências e representações dos actores (Petit e Dubois 2000). Conhecer as representações dos professores e enfermeiros acerca da cooperação estabelecida, tornou-se a base para dar continuidade à análise que pretendemos efectuar.

Partindo do princípio que a acção social, seja qual for o contexto em que se desenvolve, é previamente conceptualizada e colocada posteriormente em prática, através de um conjunto mais ou menos complexo de jogos cujas regras e mecanismos de regulação, estruturam os processos de interacção, isto é, de troca e negociação, através dos quais os actores gerem as dependências que deram origem à cooperação.

Configura-se pertinente analisar à luz dessas concepções, esses processos de interacção, bem como os jogos que estabelecem, contingenciados pelas negociações erigidas e que darão lugar às construções sociais que se nos deparam, com todas as potencialidades e constrangimentos que lhes são inerentes (Friedberg 1995).

Considerando os resultados a que chegámos no capítulo anterior, partimos em busca do conhecimento das práticas e estratégias que os actores mobilizaram para operacionalizarem o processo de cooperação no acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico. Afigura-se oportuna a análise das mesmas para posteriormente verificarmos se estas estratégias serão também elas condicionadoras das potencialidades e constrangimentos do processo, podendo também modelar as repercussões do mesmo.

5.1 – A COOPERAÇÃO NO CONTEXTO DO ENSINO CLÍNICO – PRÁTICAS E ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

Uma vez centrados na cooperação nomeadamente no que diz respeito ao acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico, professores e enfermeiros, desenvolvem práticas no sentido de efectivar uma acção formativa que possibilite ao aluno o contacto com experiências, que lhe permitam “*desenvolver conhecimentos e aptidões para o exercício da profissão*” (Guia Orientador do Ensino Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica).

Práticas e cooperação cruzam-se no contexto do ensino clínico, tanto ao nível de atribuição de sentido ao que se faz, como na ilustração do como e do porquê, desta forma, ao analisarem-se as práticas compreender-se-á a cooperação e ao compreender a cooperação, esclarecer-se-ão as práticas.

É sobre estas *práticas*, desenvolvidas num contexto, onde se articulam saberes que falaremos em seguida.

5.1.1 – A Articulação Entre os Actores

“A articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção constituem dimensões muitas vezes completamente ignoradas” (Canário 1997:130).

Dadas as características do nosso trabalho, e uma vez que a formação de enfermeiros no contexto do ensino clínico, implica uma interacção sustentada entre diferentes grupos profissionais, foi nosso intuito não descorar a análise desta articulação, assim, pedimos aos professores e enfermeiros que nos falassem das suas práticas e vivências no contexto do ensino clínico, quisemos saber como se articulavam estes actores.

Partindo do princípio que para haver cooperação, será necessário que essa articulação se baseie numa inter-relação com interacções sistemáticas e efectivas entre os actores, baseadas numa relação de confiança mútua, perguntámo-lhes como

caracterizavam esta articulação e a relação que estabeleciam?

Todos os entrevistados deixam transparecer, através dos seus discursos que as articulações estabelecidas, passam pelo estabelecimento de relações entre professores e enfermeiros, em alguns casos de empatia e confiança, noutros sustentadas numa base negocial.

São principalmente os enfermeiros (dois em três) que as caracterizam como relações de empatia e confiança.

“de uma forma geral posso dizer que tenho conseguido estabelecer uma boa relação, (...) de se tentar criar uma relação de grande confiança e de grande abertura”.

(Enf. A)

“Temos uma relação de confiança muito grande um com o outro, em que estamos plenamente à vontade para eu expor todos os problemas que possam acontecer, como ele a mim”.

“Conseguimos esse tal entendimento, trabalhamos assim, é a maneira de funcionar e temo-nos dado bem”.

(Enf. B)

Quanto aos professores, apenas um apresenta consonância em relação aos discursos anteriores.

“Existe um respeito prévio entre nós, penso que isso é importante, e confiança”.

(Prof. B)

A base negocial como forma de articulação e interacção está também subjacente a grande parte dos discursos.

“Nós vamos cooperar com os enfermeiros dos serviços, no sentido de definir os objectivos do E.C., como é que esse E.C. vai decorrer, qual vai ser a metodologia de avaliação”.

(Prof. D)

“Qualquer relação em que há diferentes tipos de actores envolvidos terá que haver sempre cedências, (...) ambas as partes têm que se adaptar uma à outra, (...) se as duas partes funcionam de uma forma muito rígida, as coisas poderão ter tendência a não correr tão bem”.

(Enf. D)

Apesar da maioria dos discursos apontar no sentido do estabelecimento de inter-relações que poderão aproximar-se da cooperação efectiva, a nossa dúvida subsiste,

uma vez que existe em alguns casos uma resistência à relação igualitária, com apologia à formalidade, deixando transparecer a necessidade de controle por parte da organização escolar e dos seus actores.

“As relações que existem, tem a ver com o facto dos docentes desta escola, praticamente terem trabalhado no hospital e eu penso que muitas vezes essas relações que se estabelecem nem sempre são formais. Há um certo à vontade, há uma maneira facilitada de ver as coisas e que muitas vezes não é satisfatória”.

(Prof. D)

Também um dos enfermeiros faz referência ao facto de existirem ainda situações às quais subjazem jogos de poderes, que se traduzem em ausências de negociação e relacionamento empático, originando assim, orientações extremamente rígidas, baseadas numa lógica burocrática.

“O jogo de poderes reflecte-se, não se deveria reflectir mas reflecte-se, no tipo de relacionamento que se consegue ou não estabelecer durante os estágios”.

“Às vezes passa pelo facto de um não estabelecimento de relações, não tanto pelo conflito, mas pela ausência de relacionamento empático que é dificultador daquilo que é a organização e desenvolvimento de um campo de estágio (...) e assim acaba por não haver cooperação”.

“O que acontece quando surge esse tipo de situações é que os estágios acabam por ter uma rigidez muito maior (...) temos que nos socorrer da documentação que estabelece a relação em campo de estágio”.

“Tenho experiências menos agradáveis mas de uma forma geral posso dizer que tenho conseguido estabelecer uma boa relação, (...) de se tentar criar uma relação de grande confiança e de grande abertura”.

(Enf. A)

Apesar do balanço geral ser positivo, embora conduzidos em sentidos completamente opostos, os discursos completam-se, pois o segundo descreve situações, que o primeiro deixa transparecer como necessárias, isto é, a apologia de uma relação mais burocrática em detrimento de uma lógica menos formal.

Esta ausência de relacionamento empático, que protagoniza o jogo de poder, sustentado nos saberes próprios, poderão ser também comprometedoras da co-responsabilização por parte dos orientadores do terreno, sobretudo na orientação e resolução de problemas, apanágio do desenvolvimento sustentado do ensino clínico.

“Quando há uma relação de empatia e confiança eu sinto-me um pouco responsável

pela resolução desses problemas, agora quando falamos dos tais casos mais específicos, em que não se estabelece uma relação de confiança e somos extremamente burocráticos, eu sinto-me muito menos responsável, (...) sinto-me co-responsável quando há uma relação de confiança e empatia”.

(Enf. A)

(No que diz respeito à co-responsabilização) *“penso que há alguns que se sentem”.*

(Prof. D)

Contudo para dois dos enfermeiros entrevistados essa co-responsabilização é notória e indiscutível, salientando ainda o facto de um deles além de orientador, ser também enfermeiro chefe, o que demonstra de alguma forma este sentimento por parte da estrutura hierárquica.

“Eu sou responsável por eles do primeiro dia ao último dia”.

(Enf. B)

“Eu enquanto enfermeiro chefe sinto-me, neste caso e enquanto colaborante com a escola na realização dos ensinamentos clínicos no serviço onde estava, sinto-me sem dúvida nenhuma co-responsável”.

(Enf. C)

Quanto ao grupo de docentes, sabemos que por inerência de funções, são responsáveis pelo grupo de alunos e pelo seu percurso formativo, no entanto pela análise efectuada aos discursos dos professores, vimos em alguns casos subjacente, concepções que vêm reforçar a articulação e co-responsabilização pelo percurso formativo, conforme são afirmadas pelos enfermeiros do terreno.

“Nós tirando os períodos em que estamos a dar aulas, temos sempre o cuidado de estar sempre presentes e funcionamos como uma equipazinha”.

(Prof. B)

(Co-responsabilização e co-orientação) *“Sim, acho que sim”.*

“As coisas são postas naqueles termos e imediatamente ‘nós’ arranjam ali a solução”.

(Prof. E)

A análise desenvolvida permite-nos agrupar e sistematizar as posições dos entrevistados relativamente à articulação estabelecida durante o ensino clínico, em duas vertentes distintas:

- A primeira, onde a articulação é caracterizada pela negociação e pelo estabelecimento de relações empáticas e de confiança, da qual resulta uma co-

responsabilização pelo acompanhamento e orientação de alunos, bem como na resolução de situações e problemas pontuais que surjam no decorrer do ensino clínico.

- A segunda, referida por um dos enfermeiros entrevistados como pautada por uma ausência de empatia e confiança entre os actores, onde predominam as relações burocráticas, que caracterizamos por articulação inadequada à luz do modelo de organização aprendente e formante que tomámos como referência de análise. Embora se tratem apenas de situações pontuais, são notórias segundo as palavras do mesmo, as repercussões que esta (des)articulação produz nomeadamente no que diz respeito à co-responsabilização no desenvolvimento do ensino clínico, uma vez que ao considerar-se menos responsável, todo este processo passará a ter uma responsabilização unilateral, e que caberá ao docente da escola, razão talvez pela qual um dos professores entrevistados, ao ser inquirido sobre esta dimensão, responder que só *alguns* dos enfermeiros do terreno se sentem co-responsáveis pelo processo.

A importância da inter-relação, sendo esta baseada na negociação e estabelecimento de relações de empatia e confiança, que conduzam a uma cooperação efectiva entre os actores que participam na formação dos futuros enfermeiros, emerge da análise efectuada. De sublinhar que também Luz (1995), Franco (2000) e (Longarito (2002), afirmam esta necessidade, para que se consiga uma real articulação entre teoria e prática.

Conscientes da situação, procurámos conhecer a forma como se articulavam os saberes em ensino clínico, colocando aos entrevistados esta questão.

5.1.2 – Relação Teoria e Prática nas Redes da Interação – Cooperação ou Conflito de Saberes?

A cooperação entre as escolas e as organizações de saúde, é hoje considerada como apanágio do desenvolvimento sustentado tanto dos profissionais como da qualidade dos cuidados que são prestados, uma vez que os alunos de hoje serão os profissionais de amanhã.

Contudo, apesar do reconhecimento desta condição, a dicotomia teoria/prática, continua a ser um aspecto apontado por vários autores como constrangedor e por vezes até gerador de conflitos entre os actores envolvidos no acompanhamento e orientação de alunos em ensino clínico.

Franco ao inquirir professores e enfermeiros acerca da existência de diferenças entre o que se ensina na escola e a prática clínica de enfermagem, verificou que 54,7% dos professores e 58,1% dos enfermeiros responderam afirmativamente (Franco 2000: 42).

Longarito ao pedir aos orientadores que lhe apontassem as dificuldades vivenciadas na orientação de alunos, verificou que no topo da tabela surgia a aproximação entre teoria e prática com 31.6% das respostas.

Também em estudos anteriores Luz (1995) e Mestrinho (1997) se chegou à mesmas conclusões, pelo que se sentiu necessidade de explorar esta temática, verificando-se que estas residiam essencialmente com o facto da escola ensinar a “*enfermagem ideal*” e no terreno se praticar a “*enfermagem real*”, também o mesmo foi referido em relação à realização de técnicas, pois a prática não se compadece com a “*atenção a todos os pormenores*”.

Parece-nos no entanto que desta forma a formação dos futuros enfermeiros, poderá surgir comprometida, sendo necessário, um processo efectivo de negociação entre os actores intervenientes no ensino clínico, para que o conhecimento técnico, científico e prático se articulem e para que o *fosso*, entre as duas realidades do conhecimento seja cada vez menor.

Desta forma, a acção estratégica desenvolvida entre professores e enfermeiros devido à natureza bilateral do poder (ligado aos saberes), terá que comportar o embrião da negociação Friedberg (1995).

Sabendo que a articulação efectuada entre professores e enfermeiros no contexto que nos encontramos a analisar, se baseia na negociação, e no estabelecimento de relações empáticas e de confiança, vejamos como na prática articulam os seus saberes, na construção e (re)construção do conhecimento.

Em conformidade com dados apontados anteriormente, também os professores e enfermeiros que entrevistámos reconhecem uma certa dissociação entre a realidade ensinada nos bancos da escola e as práticas com as quais se confrontam no contexto

do ensino clínico.

“As teorias de enfermagem têm aspectos muito diversos, e há vertentes que são mais valorizadas na escola e outras são mais valorizadas na prática (...) é preciso ter um certo cuidado”.

(Enf. A)

(Relação teoria/prática) *“isto há muita coisa que muitas vezes teoricamente está muito bem, mas depois quando passamos à prática é um bocado mais complicado”.*

“Tento encurtar essa discrepância o máximo possível entre a teoria e a prática, mas muitas vezes ela existe”.

(Enf. B)

“Na eterna questão e que há de ser sempre eterna entre a diferença entre teoria e prática”.

(Enf. C)

“Porque nem sempre aquilo que nós muitas vezes dizemos aos alunos, a maneira como nós os preparamos, não é bem depois, a realidade que por vezes foge aquilo que é a teoria, naturalmente”.

“Nós aqui em termos teóricos damos uma visão ao aluno daquilo que está escrito, depois na prática nem sempre as coisas são assim”.

(Prof. C)

“Nós em termos da escola estamos muito virados para a parte teórica e o hospital está muito virado para a parte prática”.

(Prof. D)

Existem diferenças, isso é inquestionável.

Como tal, conhecer as razões dessas diferenças tornou-se importante para nós, aprofundámos a questão, explorámos as percepções e, pela análise efectuada, verificámos que essas diferenças têm a ver com o facto da escola se preocupar em transmitir aos alunos os conceitos de forma aprofundada *“com todos os pormenores”*, *“como está escrito”*, segundo as palavras dos professores e reforçado por um dos enfermeiros, que ao mesmo tempo atribui à escola e ao professor o papel ‘equilibrador’ fazendo a ponte entre os contextos:

“Nós sabemos que os alunos na escola são sujeitos a várias disciplinas teóricas, em que lhes é ensinado, em que aprendem diversas formas de ser e de estar e de agir, mas depois são confrontados, realmente no hospital com situações que enfim, não corresponderão, (...) não corresponderão aquela pureza, digamos assim que lhes é ensinado na escola. Eu penso que aqui (...)o professor que acompanha os alunos, ele

terá que funcionar junto dos alunos como filtrando estas formas de actuar, ajudando-os também a reflectir”.

(Enf. C)

Já na prática, existem certos condicionantes, que de certa forma impedem ou dificultam a aplicação da teoria tal como ela é transmitida nos bancos da escola, não é que as práticas não cumpram os princípios científicos, ou coloquem de alguma forma em causa a qualidade dos cuidados prestados, surgem sim condicionadas pelos hábitos e pelos recursos existentes, conforme podemos verificar pelas observações dos professores.

“Muitas vezes o que acontece tem muito mais a ver com determinados hábitos criados pelos enfermeiros, (...) não é que estejam errados, o que acontece é que pela prática que já têm criam determinados hábitos que ultrapassam determinados passos da teoria”.

(Prof. D)

“Eu não acredito que haja enfermeiros que a praticar, a prestar cuidados, que não tenham em conta os princípios científicos, eles têm é necessidade de facto, de fazer a prática de acordo com determinados recursos, com determinada realidade, e é imprescindível que os alunos entendam isso e entendam que de facto apesar de haver diferenças, essas diferenças são contextualizadas”.

(Prof. E)

Assim pegando nas palavras de um dos enfermeiros verificamos que *“A escola ensina como deve ser no sentido que está mais próximo da teoria de enfermagem e os hospitais, os serviços dos hospitais, estão mais próximos daquilo que é a realidade”*, também Miller (1985) citado por Luz (1995), referiu que os docentes escrevem e ensinam a enfermagem como ela deveria ser, enquanto os profissionais dos serviços a praticam como ela é, salientando ainda que à medida que as práticas estabelecidas forem questionadas por enfermeiros da teoria e da prática, se operarão mudanças na prática de enfermagem.

Encontrámos ainda outra razão apontada como causa da dicotomia, atribuída ao facto dos professores da escola se encontrarem muitas vezes afastadas das realidades dos serviços.

“Entre teoria pura e teoria aplicada a uma determinada realidade há diferenças. (...) O que acontece muitas vezes é que as pessoas que estão nas escolas, e fico sempre muito contente quando vejo para lá entrar sangue novo, as pessoas que estão nas escolas, muitas vezes estão também muito afastadas daquilo que são as

realidades dos serviços”.

(Enf. A)

Também de certa forma esta posição é reforçada por um dos professores.

“sai há pouco tempo do exercício, de maneira que eu neste momento tenho uma grande facilidade em relacionar a teoria com a prática, e quando estou a leccionar determinado conteúdo, tenho sempre a preocupação de ter a prática por trás”.

(Prof. D)

Talvez a aproximação entre os contextos e os actores, articulados numa base negocial seja uma solução, uma vez que a reflexão sobre as práticas segundo Miller, é considerada condição essencial no desenvolvimento profissional. Assim questionámos os nossos actores sobre as estratégias que mobilizavam para articular essas diferenças. Mais uma vez falaram-nos na interacção, no concílio de ideias, e na reflexão, sempre que ao contexto estivesse subjacente a cooperação.

(Em casos de cooperação) *“Quando surge algum aspecto nós tentamos que esse tipo de dúvidas depois sejam resolvidos pelo orientador e pelo professor, (...) isso tem a ver com a tal relação de confiança e empatia que se estabelece com o professor e o orientador, tem que haver aí espaço para que o aluno possa aproximar-se o mais possível da teoria”.*

(Enf. A)

“Tento encurtar essa discrepância o máximo possível entre a teoria e a prática, mas muitas vezes ela existe, existe esse fosso e então para colmatar esse fosso nós eu e alunos e professor envolvidos nós discutimos”.

(Enf. B)

“As partes tendem a adaptar-se uma à outra”.

(Enf. C)

“De uma forma geral a posição quer do hospital (enfermeiros), quer dos professores da escola ajusta-se e chega-se a um consenso dentro daquilo que é o objectivo que está traçado ou delineado para os alunos em E.C.. Temos que jogar as coisas de maneira que haja um confronto, mas que esse confronto resulte numa situação positiva para a aprendizagem do aluno”.

(Prof. A)

“Há uma permuta permanente entre aquilo que é teoria e aquilo que é prático, e as reflexões sobre a mesma e na mesma. Vamos resolvendo os conflitos que possam existir, os constrangimentos, as dificuldades do dia a dia, e vamos resolvendo de uma forma perfeitamente informal”.

(Prof. E)

À estratégia utilizada subjaz, a negociação e o consenso, sendo este segundo os actores em estudo o caminho que permite ao aluno estabelecer a ligação entre o ‘saber’ e a ‘acção’, alternando-os de forma reflexiva através da imersão no real, com acompanhamento interdisciplinar.

“Em relação aos planos de cuidados, nós, mando-lhe fazer os planos de cuidados, um plano novo feito por eles, e depois aí eu e o professor, os dois, debatemos tudo aquilo tudo conforme foram dados toda a teoria e depois com a prática, confrontamos os alunos, e reunimo-nos todos e conseguimos estabelecer ali uma maneira que os alunos percebam o que é a teoria, o que é a realidade, e de arranjar a maneira o melhor possível de fazer tudo aquilo”.

(Enf. B)

“Como há uma grande relação ou uma relação próxima do professor e do enfermeiro cooperante, há sempre conclusões a tirar dessa cooperação, dessa forma de pensar que cada um tem, até em termos depois de prática que vamos, escolhendo o melhor caminho para o aluno seguir”.

(Prof. A)

“Confrontar os alunos com a necessidade de reflectir e perceber o contexto da prática à luz da teoria, à luz de princípios científicos, (...) eu no meu entender acho que isto permite uma aproximação muito grande entre a teoria e a prática, (...) estas reflexões são imprescindíveis para de facto haver uma aproximação entre estes dois mundos”.

(Prof. E)

As reflexões produzidas e a necessidade de interligação da teoria e da prática, são ainda promotoras da actualização tanto para os enfermeiros do terreno, como para os professores, o que de certa forma vem salientar as observações feitas no capítulo anterior ao referirem a actualização e valorização pessoal como finalidade subjacente ao envolvimento no processo de cooperação.

“Tenho-me tentado manter sempre o mais actualizado possível, para não haver discrepância entre a prática e a teoria”.

(Enf. B)

“Muitas vezes há situações em que nós temos que pensar, vamos ver o que se passa”.

(Prof. A)

Contudo toda esta cooperação entre saberes poderá estar comprometida, resvalando para o conflito, distanciando-se do modelo de referência, se a articulação entre os actores (professores e enfermeiros), não assentar numa relação de empatia e

confiança.

“Não haver uma relação de confiança, muito dificilmente esses objectivos serão atingidos (Objectivos do E.C.), com um prejuízo muito grande, em termos daquilo que é a aprendizagem dos alunos, daquilo que é a ambiência e aquilo que é tão importante, servirmos de modelos, tudo isso num estágio destes fica muito mais diminuído. Fica muito mais reduzido à aplicação de uma série de técnicas junto do doente, (...)quando não há cooperação somos demasiado rígidos, (...) não há aquela flexibilidade”.

(Enf. A)

Em forma de balanço final, podemos dizer que o reconhecimento da dicotomia teoria/prática ainda hoje constitui uma realidade tanto para o grupo de professores, como para o grupo de enfermeiros. No entanto, não devemos encará-la como constrangedora da acção estratégica, se subjacente ao contexto estiver uma relação de cooperação com interacção e reflexão por parte dos intervenientes no ensino clínico.

Nos casos em que a interacção seja marcada por relações baseadas em princípios burocráticos, onde cada um dos actores ocupa um lugar estratégico, inerente às funções que desempenha, desenvolvendo a sua acção escudado no poder que lhe é inerente pelas competências que detém Petit e Dubois (2000), a relação teoria/prática, apresentar-se-á sob a forma de pólos opostos de um mesmo ensino.

Corroborando esta posição, estão as conclusões do estudo efectuado por Franco, uma vez que este afirma que *“o problema não estará na existência de dicotomia, mas se ela é percebida de modo diferente entre docentes e enfermeiros e sobretudo, se não gerar novos saberes, se não permitir a complementaridade, mas um distanciamento entre os saberes teóricos e práticos”* (Franco 2000: 42).

Chegados a um ponto crucial, onde o reconhecimento da intervenção articulada dos actores torna possível a apropriação do conhecimento, uma vez que no contexto do ensino clínico professor e enfermeiro têm um papel preponderante e quanto a nós complementar na orientação dos alunos, pois enquanto os primeiros estão a par das exigências teóricas e são responsáveis pela orientação pedagógica que tem por base a Filosofia da Escola, funcionando também como ‘fio condutor’ ao longo das várias experiências de ensino-aprendizagem. O enfermeiro da prestação de cuidados presta cuidados directos, apoiado nos protocolos do serviço e nos novos tratamentos e

procedimentos terapêuticos, que sistematicamente mudam com a evolução da ciência.

Assim afigurou-se-nos necessário para melhor compreensão das práticas de articulação entre ‘teóricos’ e ‘práticos’, conhecer o papel dos professores e enfermeiros nas diferentes fases do ensino clínico de enfermagem.

5.1.3 – A Complementaridade no Acompanhamento e Orientação de Alunos – Papel dos Actores nas Diversas Fases do Ensino Clínico

O ensino clínico de enfermagem, apresenta três fases distintas, uma primeira denominada *planeamento*, comporta a elaboração de objectivos, planeamento das actividades a desenvolver e duração do mesmo, apoiados em princípios pedagógicos consonantes com as directrizes curriculares. Desta fase faz ainda parte o contacto com as organizações, onde o ensino clínico se irá desenvolver, bem como com os actores envolvidos. A segunda fase denominada por *orientação*, é caracterizada já pela presença no terreno de professores, enfermeiros e alunos. É esta a fase mais longa, e, pela nossa experiência aquela onde se processam maiores interacções entre os actores envolvidos, pois é durante este período que os alunos têm oportunidade de vivenciar, aplicando em terreno real todos os aspectos que lhes foram transmitidos, tanto durante as aulas teóricas como nas práticas simuladas.

Finalmente a fase da *avaliação*, é caracterizada pela análise do decurso do ensino clínico, e é nesta altura que se faz a apreciação do percurso formativo e da progressão do aluno, sendo esta baseada nos aspectos cognitivos, relacionais e técnicos, bem como no desenvolvimento pessoal e profissional apresentados, tendo em consideração os objectivos gerais e específicos anteriormente definidos, com vista à atribuição da nota de avaliação.

Pelo exposto verificamos que o ensino clínico tem a considerar um conjunto de aspectos e condições capazes de envolver todos os intervenientes no processo de ensino/aprendizagem, foi por esta razão que perguntámos aos professores e enfermeiros qual era a sua intervenção nas diversas fases do mesmo e de que forma se articulavam entre si.

As respostas entre os enfermeiros foram unânimes, a sua intervenção no planeamento do ensino clínico era nula ou escassa.

“No planeamento do ensino, não, normalmente não participamos, (...) o planeamento geralmente centra-se nele (professor)”.

(Enf. A)

“Eu acho que essa parte fica mais na escola, delinear os objectivos que pretendem para este estágio”.

(Enf. B)

“Nós quando tomamos contacto com o E.C. é já numa fase em que nos é apresentado o documento feito pela escola, enfim que é discutido na altura, antes do estágio se iniciar, umas semanas antes, em que nós damos a nossa opinião, mas pronto aparece já o documento feito”.

(Enf. C)

Também os professores confirmam estes dados.

“Em termos de planeamento, em geral, e quero sublinhar, a escola naturalmente planeia e em geral, a instituição hospitalar aceita o que nós tínhamos planeado”.

(Prof. C)

“Nesse planeamento, todo ele ocorre na escola, com as pessoas da escola, não são chamados ninguém do hospital aqui para desenvolver esse planeamento. O planeamento é nosso, muito nosso, muito escola, portanto, as coisas são apresentadas ao hospital decididas”.

“É decidido os objectivos, é decidido as actividades que os alunos têm que fazer para atingir cada um dos objectivos, é decidido o timing em que ocorre. (...) Depois isto é apresentado de uma forma mais formal em reuniões, é apresentado ao director de enfermagem e é apresentado aos chefes das unidades onde o E.C. vai decorrer. Depois são os chefes que o vão apresentar à restante equipa, nomeadamente ao orientador propriamente do terreno”.

(Prof. E)

De salientar que pela análise efectuada, verificámos que em alguns casos o próprio enfermeiro orientador do terreno, não está presente na reunião de apresentação do ensino clínico, sendo posteriormente informado pelo enfermeiro chefe sobre o decurso do mesmo.

Pelas observações que efectuámos e também segundo o que apurámos junto de dois dos entrevistados, muitas vezes é no primeiro dia de ensino clínico que o orientador toma um contacto mais directo com o planeado para o decurso do mesmo.

“No planeamento operacional, participo, normalmente junto até no primeiro dia de estágio (...), com o professor que vem com aquele grupo de alunos, e pensamos como, nos vamos orientar”.

(Enf. A)

“Quando chegamos ao E.C., portanto o planeamento já ocorreu, interessa-me agora operacionalizar aquele E.C. com aquela pessoa que é o orientador no terreno. E começo por fazer uma reunião com ele para lhe explicar (...) o guia orientador, (...) para que de facto o orientador saiba o que é que nós escola exigimos em termos de aprendizagem dos alunos, e quais é que são as situações que vão de encontro a esses objectivos”.

(Prof. E)

Embora os enfermeiros do terreno reconheçam que o planeamento estratégico diz respeito apenas à organização escolar, uma vez que ao mesmo subjazem as directrizes curriculares, desejariam ter uma maior intervenção no planeamento operacional, contribuindo desta forma para a optimização do desenvolvimento do mesmo.

“Não é meu objectivo, não é minha pretensão estar a delinear ou a traçar os objectivos do estágio, eu acho que essa parte fica mais na escola, delinear os objectivos que pretendem para este estágio, acho que a minha parte é outra, na operacionalização talvez, (...) haver essas reuniões, porque fala-se muito, mas depois só dizem ‘Olha dia tal vão tantos alunos fazer estágio’”.

(Enf. B)

“Nós quando tomamos contacto com o E.C. é já numa fase em que nos é apresentado o documento feito pela escola, enfim que é discutido na altura, antes do estágio se iniciar, umas semanas antes, em que nós damos a nossa opinião, mas pronto aparece já o documento feito”.

“No decorrer do estágio há pequenos aspectos que são detectados e que poderiam talvez, se houvesse um planeamento mais partilhado, as coisas pudessem ultrapassar-se mais facilmente”.

(Enf. C)

Quanto aos professores, reafirmam a necessidade do planeamento estratégico ser feito pela escola estando em consonância com o que foi dito anteriormente, no entanto, falam num planeamento conjunto em termos operacionais, não havendo desta forma um consenso de opiniões.

“A escola traça aqueles objectivos, aquilo que entende que é importante para aquela fase em que o aluno se encontra, depois o resto do planeamento é feito em conjunto,

porque nós escola também temos que nos adaptar às situações do hospital, (...) podemos eventualmente adaptar aquilo que tínhamos já planeado”.

(Prof. A)

“O planeamento estratégico ainda pertence à escola, e tem que ser porque o E.C. é uma disciplina como outra qualquer, tem objectivos próprios, determinados princípios que estão de acordo com o estadió em que eles (alunos) se encontram, (...) o responsáveis desta área terão de definir os objectivos para esse estágio de acordo com aqueles estudos que nós temos, naturalmente. Nós fazemos o planeamento, depois há uma reunião prévia com os orientadores onde nós colocamos a nossa proposta para o E.C., estamos abertos a outras propostas”.

(Prof. B)

“A escola faz primeiro um planeamento, como é que o E.C. vai decorrer a todos os níveis, e depois esse planeamento em parte é discutido com a instituição onde vamos efectuar os E.C.. Que é discutido, numa primeira fase com os enfermeiros chefes e depois, numa segunda fase, com os enfermeiros cooperantes ou com os enfermeiros orientadores do local do E.C.. Portanto digamos que há uma predominância da escola, nitidamente há, mas que pretendemos depois, com base naquilo que nós levamos planeado, que eles possam colaborar e dar sugestões e acontece muitas vezes as coisas serem alteradas por sugestões do outro parceiro”.

(Prof. D)

Explorámos esta contradição e verificámos que os enfermeiros do terreno reafirmam não querer interferir na definição dos objectivos do ensino clínico, no entanto gostariam de ser ouvidos mais cedo e não apenas “*umas semanas antes*”, conforme refere um dos enfermeiros.

Quanto aos aspectos sobre os quais gostariam de dar opinião, serão explorados no próximo capítulo, quando abordarmos as sugestões que foram feitas pelos actores.

De salientar ainda que também no que diz respeito aos documentos analisados, apenas o protocolo de cooperação faz referência à intervenção da organização de saúde no planeamento, não sendo muito claro no tipo de interacção a estabelecer.

“Antes de cada E.C. a Escola Y, realizará uma reunião com a presença dos enfermeiros envolvidos no E.C..”

(Protocolo de cooperação)

Em conformidade com estes dados estão também os resultados de um estudo realizado por Franco (2000) sobre a participação de professores e enfermeiros no ensino clínico de enfermagem, concluindo o autor que 89,7% dos enfermeiros e

74,4% dos professores considerou que a participação dos enfermeiros no *planeamento*, se situa entre 0 e 25%, o que numa escala de 0 a 100, é consideravelmente insuficiente.

Continuando a nossa exploração do contexto e das estratégias dos actores, nas diferentes fases do ensino clínico, debruçámo-nos sobre a *orientação*, pela literatura e estudos consultados Espadinha e Reis (1997), Franco (2000) e Longarito (2002), estes autores são unânimes ao considerar que esta é a fase do ensino clínico, onde se verifica uma maior interacção entre os actores, bem como intervenção dos enfermeiros.

Também nós chegámos à mesma conclusão, pois os discursos tanto do grupo de professores como do grupo de enfermeiros entrevistados aponta nesse sentido.

“Nos aspectos que se relacionam com aspectos práticos, acabamos por ser nós praticamente a dar as orientações. Em relação aos aspectos teóricos, como normalmente, quando é altura dos alunos organizarem registos os professores estão, o contributo deles é muito maior”.

(Enf. A)

“O decorrer do E.C., desde a integração dos alunos, ao decorrer do próprio estágio, ao longo das semanas e a avaliação, pronto, tem havido sempre participação de parte a parte e colaboração de parte a parte”.

(Enf. C)

“A orientação, (...) temos alunos em que o professor da escola se encontra oito horas com o aluno e tem o enfermeiro cooperante que está responsável também por esse aluno e em conjunto trabalhamos o aluno. Trabalhamos em conjunto, temos mais que um aluno por serviço, nós somos poucos, os professores, de modo que na orientação, há sempre aspectos que se discutem em relação às situações clínicas dos doentes e a cooperação aqui é muito grande”.

(Prof. A)

“Na operacionalização eles têm um papel extremamente activo, de acordo com aquilo que foi planeado connosco e com a nossa colaboração”.

(Prof. B)

“Durante a orientação, (...) nós vamos reflectindo, eu vou vendo, vou percebendo determinadas situações, vou confrontando tanto o orientador do terreno quanto os alunos, com algumas situações que eu acho que se tornam necessárias reflectir. (...) o meu papel não será demonstrar propriamente que técnica é que é ou como é que se faz determinados cuidados, isso eles vêm com os enfermeiros da prática. O meu papel, (...) é esta necessidade de confrontar

diariamente, colocar sobre a mesa estas situações que eu acho que são úteis”.

(Prof. E)

Igualmente os documentos a que tivemos acesso confirmam estes dados.

“O docente responsável pelo E.C. e o enfermeiro orientador participam nas actividades pedagógicas decorrentes do E.C., quer a sua realização se verifique no Hospital ou na Escola”.

(Protocolo de Cooperação)

“A orientação/accompanhamento do aluno será efectuada (operacionalizada) por um docente da Escola Y juntamente com os enfermeiros orientadores dos respectivos serviços”.

(Guia Orientador do Ensino Clínico)

“Os alunos foram acompanhados/ orientados pelo responsável da formação nomeado pelo Director dos serviços de Enfermagem e pelo Professor”.

“Levantaram-se algumas dificuldades, (...), estas dificuldades foram sendo superadas no dia a dia, viabilizando a operacionalização do E.C., pela disponibilidade, esforço e envolvimento demonstrados por todos os profissionais envolvidos, pautada por uma constante interacção dos diferentes actores”.

(Relatório do Ensino Clínico)

Pela análise efectuada, verificámos que é principalmente nesta altura *orientação* que professores e enfermeiros *unem esforços e saberes*, através de uma acção estratégica de interacção e reflexão, com vista ao desenvolvimento das aprendizagens, os professores da Escola Superior de Enfermagem, supervisores, assumem uma intervenção pedagógica contribuindo teorizando a intervenção prática, promovendo a reflexão sobre a mesma e os enfermeiros orientadores de formação de cada serviço, profissionais das instituições privilegiam a integração dos alunos em estágio na organização subjacente ao serviço, acompanhando directamente as actividades e o seu desempenho prático, de acordo com o estadio de formação em que estes se encontram e com os objectivos definidos para o Ensino Clínico.

Considerando que o processo de formação, inclui ainda a *avaliação*, não quisemos deixar incompleto o nosso percurso, pelo que mais uma vez explorámos os documentos e os discursos dos actores.

Professores e enfermeiros falaram-nos das suas práticas e também das suas concepções. Verificámos que todos de uma forma geral interferiam no processo, no entanto, aos seus discursos, encontrava-se em alguns casos subjacente, uma lógica de

poderes, onde o papel principal pertencia aos professores.

“Em relação à avaliação, embora isso também dependa da tal relação de confiança, que se estabelece entre professor e orientador, (...) é que os professores quando começam a querer organizar os seus elementos de avaliação, para aquele aluno, costumam falar com o orientador”.

(Enf. A)

“Quando é no fim a avaliação, a avaliação é feita por mim e pelo professor da escola, (...) e reunimos com alunos”.

(Enf. B)

“O facto de uma pessoa ser ouvida e se a sua opinião contar, de alguma forma, para a avaliação dos alunos é, desde logo, um sintoma que as coisas são feitas desta forma partilhada”.

(Enf. C)

“A avaliação é uma situação mais complicada, porque até agora, até à relativamente pouco tempo, nunca houve da parte de um enfermeiro do hospital um assumir completo do que é uma avaliação”.

(Prof. A)

“A avaliação é feita em conjunto, onde nós temos primeiro oportunidade de conversar e analisar os vários aspectos de cada aluno e depois em conjunto com o aluno, que vamos ouvir e até faz uma auto-avaliação, e depois nós também em conjunto damos a nossa avaliação aquele aluno”.

(Prof. B)

“O processo de avaliação é um processo de avaliação contínuo, (...) feito por mim (...) e é feito também pelo enfermeiro do terreno. Acho que a avaliação dele é essencial para mim, porque é ele que vê de facto a prestação de cuidados. São dez alunos por terreno, eu não consigo, por mais que eu queira, mesmo que estivesse lá as oito horas completas, que nem sempre estou, eu não consigo ver cada aluno a prestar cuidados, não consigo ver em cada aluno as dificuldades. (...) é a melhor pessoa que me pode dar feedback sobre essa mesma prestação”.

(Prof. D)

Triangulando os documentos com os discursos proferidos pelos actores, verificámos existir uma conformidade, uma vez que apesar de todos eles admitirem a intervenção de todos os intervenientes, verifica-se uma preponderância, dada pelos enfermeiros e assumida pela organização escolar e pelos seus actores (professores), protagonistas da responsabilização sobre esta fase do processo.

“A avaliação é um processo contínuo, discutido com professores e assistentes da

escola e os enfermeiros orientadores”.

“Como instrumento para o enfermeiro orientador, propõe-se um instrumento de avaliação segundo o modelo instituído na escola”.

(Guia Orientador do Ensino Clínico)

“Embora a mim me pareça, e acho perfeitamente correcto, que a responsabilidade máxima é da escola e do professor, que a última palavra dentro da avaliação é obviamente, e eu acho isso correctíssimo, é do professor que está naquele campo de estágio”.

(Enf. A)

“Foram discutidos esses aspectos, se bem que a avaliação final seja a escola a dar, digamos a última palavra”.

(Prof. A)

“Já tivemos casos em que o enfermeiro do serviço não participou sequer na avaliação dos alunos, (...) por opção dele”.

(Prof. D)

Mais uma vez encontramos semelhanças com os estudos elaborados por Franco, pois também este autor, verificou que a *avaliação* foi um aspecto referido por professores e enfermeiros, como sendo maioritariamente da responsabilidade dos docentes.

Sintetizando as principais dimensões emergentes da análise desta subcategoria, verificamos que:

- No que diz respeito ao *planeamento* do ensino clínico, não existe interacção, uma vez que este é na maioria das vezes apresentado pela organização escolar sob a forma de documento final à organização hospitalar e principalmente aos enfermeiros orientadores, não deixando a estes últimos grande espaço de intervenção.
- De salientar que, não há também vontade por parte dos actores pertencentes à organização hospitalar, de assumirem um papel interventivo ao nível do planeamento estratégico, uma vez que reconhecem a necessidade deste ser feito única e exclusivamente pela escola, com base nos normativos curriculares. No entanto, revelam desejo em serem ouvidos aquando do planeamento operacional, no sentido até da diminuição de possíveis constrangimentos relacionados com aspectos referentes à organização dos serviços.

- No que diz respeito à *orientação*, demonstrou-se ser esta a fase onde a inter-relação se faz de uma forma eficaz, pois pela análise efectuada, verificámos que no decorrer da mesma, a interacção entre os diversos intervenientes é uma realidade onde se perspectivam articulações entre saberes teóricos e práticos no sentido da construção e reconstrução das identidades e do desenvolvimento de competências, vindo estes dados de encontro aos encontrados por Franco (2000) e Longarito (2002) como referimos anteriormente e à perspectiva de d’Espiney (1997), quando sustenta que associando saberes de ordem prática dos enfermeiros do serviço aos de ordem teórica dos professores, resulta numa aproximação que permite a troca de experiências com vantagens na formação prática dos alunos de enfermagem. Assentando no trabalho de equipa e na integração de professores e alunos nas equipas do serviço, junto aos enfermeiros, permite uma interacção dinâmica nas práticas desenvolvidas, uma discussão retrospectiva e a partilha das experiências dos enfermeiros do serviço, introduzindo-se elementos de correcção fruto da experiência teórica dos professores.
- Já a fase de *avaliação* é construída com base numa intervenção distinta da que encontrámos no *planeamento*, mas também com poucas semelhanças ao decorrido na *orientação*, pois aqui existe interferência por parte de todos os actores, mas subjaz um protagonismo e uma responsabilização por parte da organização escolar, reconhecido pelos enfermeiros e assumido pelos professores. Pensamos poder relacionar este aspecto, com o que encontrámos ao nível do planeamento estratégico, pois se é um facto que este obedece ao estipulado nos currículos, também é a organização escolar que detém o poder de conferir a creditação e o diploma comprovativo da habilitação, pelo que, não será de todo difícil compreender a perspectiva do reconhecimento desta, em primeira e última instância como coordenadora do processo.

Temos vindo a fazer referência às práticas e estratégias dos actores na operacionalização do ensino clínico de enfermagem, sabemos já que as representações que têm do mesmo influenciam as suas práticas, que a articulação que estabelecem no terreno, e a natureza das suas relações, são também condicionadoras das posturas e das práticas que desenvolvem nas diferentes fases do processo pois quando inquiridos acerca do seu papel um deles referiu depender também “*da tal relação de confiança, que se estabelece entre professor e orientador*”.

Constatámos ainda que é durante a *orientação* do ensino clínico que estas relações são mais intensas, o mesmo não acontecendo nas outras duas fases do processo, quanto à fase de *avaliação* percebemos porquê, no que diz respeito ao *planeamento*, uma dúvida permanece no ar, perguntamo-nos pois se a comunicação estabelecida é eficaz, uma vez que os enfermeiros referiram que muitas vezes apenas tinham conhecimento dos objectivos do ensino clínico durante a fase de *orientação* através do professor ou pouco antes, através do enfermeiro chefe. E durante as outras fases como comunicam os actores entre eles? É sobre esta comunicação que incidirá em seguida a nossa análise.

5.1.4 – A Comunicação como Estratégia

Tomando como referência o modelo de organização aprendente e formante, verificámos que, para que as organizações se constituam espaços de aprendizagem para todos os actores, será necessário a instauração de redes de troca, cuja estratégia seja proporcionadora do diálogo e da troca de informação Petit e Dubois (2000).

Alertados para o facto da comunicação ser indispensável ao sucesso de qualquer projecto desta natureza, pois só através do estabelecimento de redes comunicacionais constituindo-se estes instrumentos sociais, será possível assegurar a interacção entre os diferentes elementos, inquirimos os actores envolvidos no nosso estudo acerca da comunicação que estabeleciam em ensino clínico.

Sabendo também que a formação de enfermeiros resulta de uma real conjugação de saberes teóricos e práticos que constituirão a base científica sobre a qual deverá assentar todo o desenvolvimento da actividade profissional, e que o ensino clínico se constitui o contexto privilegiado de aquisição desses saberes, onde professores e enfermeiros através de um processo de co-orientação serão a base dos mesmos, será necessário o estabelecimento de um processo de comunicação real e eficaz para que as transacções entre saberes e as reflexões efectuadas neste contexto se constituam como base de desenvolvimento, uma vez que a existência de sobreposição de campos de experiência por si só não constitui factor de sucesso na comunicação.

Prevenidos acerca do facto que a comunicação pode sofrer vários entraves que vão desde as motivações e jogos de poder estabelecidos às mais variadas

incompreensões, pedimos aos professores e enfermeiros que a caracterizassem.

Mais uma vez a questão da articulação foi abordada como condicionadora, falaram-nos na “*abertura*”, finalmente compreendemos, que a comunicação condiciona a postura e a postura a comunicação.

“Tem havido professores em que se tem conseguido ter uma relação mais frutuosa, em que há grande abertura, em que conseguem-nos explicar muito bem quais são os objectivos, (...) e tenho tido outras experiências menos felizes em que isso não foi tão bem conseguido”.

“O professor explica muito bem aquilo que pretende para aquele grupo de alunos, mas também está disponível para ouvir o profissional, (...) têm sido mais os casos em que tem havido uma boa comunicação”.

(Enf. A)

“A comunicação de uma forma geral, é facilitada, porque há uma boa relação”.

(Prof. D)

Um dos enfermeiros relacionou-nos ainda a comunicação com o sucesso do desenvolvimento do ensino clínico, alertando para o facto que, em casos de constrangimentos e de não estabelecimento de comunicação, este será fortemente prejudicado.

“não passa só pela comunicação entre o profissional e o professor, também passa muito pela comunicação que o professor consegue ter com os alunos em estágio e que nós, profissionais conseguimos ter com os alunos, (...) quando isso não acontece surgem aquelas situações em que a comunicação não se estabelece da forma mais correcta e que acaba por prejudicar o próprio desenvolvimento do estágio”.

(Enf. A)

Contudo, a maioria caracteriza a comunicação estabelecida, como “*positiva*”, “*franca*”, “*aberta*”, “*informal*”, e também promotora e facilitadora da resolução de problemas e da compreensão dos objectivos estabelecidos para o ensino clínico.

“Eu, como costume fazer, é conseguir ter a documentação referente àquele campo de estágio antes, fazer uma leitura, (...) e depois (...) sentamos e falamos mais longamente sobre as situações, mas todos os dias conseguimos trocar impressões sobre o que é que se está a passar com cada um dos alunos e que tipo de orientação podemos continuar a dar ou que podemos modificar, de facto ali especificamente”.

(Enf. A)

“Eu quando converso com o professor da escola, que tenho ficado sempre com a mesma pessoa, e temos conseguido estabelecer uma comunicação positiva em que

nos entendemos perfeitamente, o que é que queremos, o que é que não queremos e daí têm resultado estágios positivos, porque conseguimos estabelecer um diálogo, a qualquer momento, por qualquer coisa que eu detecte que está menos bem, ou por isto ou por aquilo, com qualquer aluno. Eu falo com o professor da escola, discutimos o assunto e temo-los resolvido sempre a todos”.

“Qualquer falha que eu note entro em contacto com o professor e discutimos a situação e discutimos com o aluno, chamamos sempre o aluno”.

(Enf. B)

“No meu caso pessoal penso que houve sempre uma comunicação, enfim, franca e aberta”.

“Uma comunicação bastante aberta, por parte a parte, que permitiu realmente até, enfim, ultrapassar algumas dificuldades que foram surgindo no dia a dia, e penso que é até um factor essencial para que as coisas vão correndo bem e vão correndo cada vez melhor”.

(Enf. C)

“Conseguimos sempre resolver essas coisas, através de conversa, falamos sobre o assunto”.

(Prof. B)

“Ao longo de todo o percurso, há reuniões, se quiseres, de uma forma informal ou há conversas informais estabelecidas com esse orientador, (...)a comunicação é espontânea (...) nós estamos ali e começamos a conversar. (...)Tudo aquilo que eu acho que possa não estar a correr muito bem, de uma forma muito informal, sem nenhum tipo de problema, digamos assim, sem nenhum constrangimento, chego ao pé dele e exponho o assunto, os motivos e da mesma forma ele faz comigo. Quando tem dúvidas, quando tem dificuldades, quando as coisas colidem com algum aspecto da organização do serviço, numa forma muito natural ele expõe isso e também a chefe do serviço, sem nenhum problema, falamos de facto do percurso, (...) e de uma forma informal isto é feito diariamente”.

(Prof. B)

Tanto o grupo de enfermeiros como o grupo de professores, configura a comunicação como estratégia de articulação e conjugação dos saberes, uma vez que ela está na base das orientações, da resolução de problemas e da própria compreensão entre os actores e dos aspectos organizacionais. Podemos afirmar ainda estar subjacente aos seus discursos, a existência de estabelecimento de uma comunicação efectiva principalmente durante a fase de *orientação* do ensino clínico, pois além da sobreposição de campos de experiência por inerência da formação existe também um *feedback* positivo, uma vez que eles descrevem situações, onde se

sentam para conversar, de uma forma informal e que daí emerge um consenso e as directrizes para a prossecução dos percursos de formação.

Antes de ultrapassarmos esta etapa, pensámos ser pertinente realizar uma síntese do caminho percorrido, assim identificámos as concepções, uma vez que, segundo autores como Petit e Dubois (2000) elas são fortemente modeladoras das práticas.

Sabendo à partida que as organizações são uma construção, resultante das diversas acções que os actores livres e autónomos elaboram em conjunto Crozier e Friedberg (1977) e que a essas acções subjaz uma estratégia, onde os poderes resultantes dos saberes e das competências que lhe são inerentes, condicionando o cumprimento dos objectivos previamente traçados, quisemos conhecer as práticas e estratégias dos actores que operacionalizam o processo de cooperação na orientação de alunos em ensino clínico.

Começámos por reflectir e analisar as dimensões interpessoais e intergrupais de articulação, procurando caracterizar as lógicas de articulação entre os diversos actores. Verificámos a existência de relações empáticas, baseadas na confiança, promovidas pela negociação, que prometiam o alicerçar da cooperação na orientação dos alunos e no desenvolvimento do ensino clínico.

No entanto constatámos não ser esta uma estratégia universalmente adoptada pelos actores, uma vez que os relatos de professores e enfermeiros, apontavam para situações que embora pontuais, se baseavam em lógicas burocráticas Giddens (2000), onde a empatia e confiança não tinham lugar e as práticas eram sustentadas pelos normativos, emergentes das estruturas hierárquicas, comprometendo desta forma a própria co-responsabilização, apanágio do processo de cooperação.

Alertados sobre a necessidade de uma real convergência de saberes e de uma orientação partilhada por docentes e enfermeiros, para o desenvolvimento do saber agir profissional Longarito (2002), em detrimento da ruptura que dicotomiza e acentua as clivagens entre teoria e prática, numa perspectiva hierarquizada da formação, analisámos a articulação entre os saberes, que estruturavam o ensino clínico para no intuito de compreendermos a convergência dos mesmos.

O reconhecimento do carácter dicotómico foi comum aos discursos de todos os entrevistados, uma vez que na perspectiva tanto de professores como de enfermeiros, a escola ensina a enfermagem ideal, e nas organizações de saúde pratica-se a

enfermagem real, tal como já tinha sido descrito por Luz (1995), Espadinha e Reis (1997), e Longarito (1999).

Ao aprofundarmos as razões desta dicotomia verificámos que os enfermeiros pela sua prática ultrapassavam certos passos enfatizados teoricamente na aplicação das técnicas, estando também muitas vezes condicionados pelos recursos existentes, não colocando em causa em qualquer dos casos a qualidade dos cuidados. O afastamento dos professores da realidade dos serviços, foi também uma das razões apontadas, sendo esta condicionante ultimamente colmatada pela integração de novos elementos na organização escolar.

No entanto, a maioria dos actores, apesar de reconhecer o carácter dicotómico, referiu que a interacção estabelecida entre professores e enfermeiros no processo de orientação dos alunos, tinha por base o concílio de ideais e perspectivas, fazendo da reflexão apanágio da prática diária, proporcionando desta forma uma ligação entre o saber e a acção promovidos pelos saberes interdisciplinares, permitindo aos alunos a compreensão das realidades, sendo ao mesmo tempo este contexto promotor da actualização de orientadores e supervisores, conforme foi perspectivado por d'Espiney (1997) ao definir a reflexão não como um fim em si, mas como um meio que permite aos sujeitos, através de um processo de descontextualização da acção e de recontextualização, uma (re)construção interna da situação, permitindo novas formas de operar.

Foi ainda mais uma vez referenciado o constrangimento inerente ao estabelecimento de relações burocráticas, uma vez que ao surgir essa situação, instala-se o jogo de poder, baseado nas competências inerentes aos saberes, apresentando-se a teoria e a prática como pólos opostos de uma mesma formação, hierarquizadas pela perspectiva tradicional.

Centrados na articulação foi tempo de conhecê-la nas diversas fases do ensino clínico, através do papel desempenhado por professores e enfermeiros.

Começámos pelo *planeamento*, verificando que em conformidade com outros estudos realizados, este carecia quase completamente da intervenção dos enfermeiros do terreno, razão que atribuímos ao facto de pelo menos o planeamento estratégico, obedecer a normas e critérios ditados pelos normativos curriculares, no entanto, apurámos também com base nos discursos dos enfermeiros que a intervenção destes

no planeamento operacional, poderia ser promotor da melhoria do desenvolvimento do ensino clínico.

No que respeita à *orientação*, constitui-se esta a fase do processo, onde prevaleceram as relações simbióticas, entre docentes e enfermeiros, estando os primeiros mais ligados ao estabelecimento de princípios psico-pedagógicos que emergiam da própria filosofia da formação e os enfermeiros aos aspectos práticos, numa dinâmica de articulação de conhecimentos e saberes interdisciplinares visando o desenvolvimento integrado e sustentado de todos os intervenientes.

Já durante a *avaliação*, prevalece um protagonismo dado pelos enfermeiros e assumido por professores, que atribuímos ao facto de ser a organização escolar a principal impulsionadora e coordenadora do processo, bem como do poder de conferir creditação sobre a formação. Como é vital que a este processo “*prevaleça o diálogo entre e a articulação entre os vários intervenientes*” Franco (2000:47), centrámo-nos por fim na comunicação estabelecida.

Mais uma vez houve referência aos jogos de poder, à comunicação desadequada, constrangedora de todo o processo, embora na maioria das vezes os actores caracterizassem a comunicação estabelecida como “*positiva*”, “*aberta*” e “*informal*”, promotora da compreensão, da resolução de problemas e da interacção entre saberes, em suma a estratégia principal, o factor essencial e a pedra base do processo conforme nos foi referido “*a comunicação, é a pedra base do processo, é uma forte componente*” (Prof. D).

Considerámos assim que a comunicação estabelecida entre os actores, sempre que subjaz ao contexto uma estratégia sustentada na negociação, na interacção e nas relações de confiança, poderá se caracterizada como uma comunicação real e efectiva, onde o *feedback* com ajustamentos e a sobreposição de campos de experiência, conforme é proposto nos modelos desenvolvidos por Petit e Dubois (2000) e Oliveira (2000), e que conjugados adoptámos como modelo de comunicação em ensino clínico, é uma realidade promotora da criação de saber.

Procurando proporcionar uma visão sintetizada das práticas e estratégias adoptadas pelos actores na operacionalização do ensino clínico, bem como das dimensões que emergiram da análise, construímos a matriz de codificação global referente a estas categorias e que apresentamos em seguida.

Analisadas as práticas e estratégias dos actores na operacionalização do ensino clínico, configura-se pertinente, conhecer a perspectiva destes acerca das potencialidades e constrangimentos deste processo e do modelo de formação, procurando estabelecer o caminho para a compreensão das repercussões do mesmo.

Matriz de Síntese n.º 2 – Práticas e Estratégias dos Actores na Operacionalização do Ensino Clínico

Categorias / Dimensões		Entrevistas / Total	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Prof. A	Prof. B	Prof. C	Prof. D	Prof. E	Total de Respostas
Articulação entre Professores e Enfermeiros – APE											
Articulações / Inter-relações	Adequadas - Negociação - Empatia - Confiança		X	X	X		X		X	X	3 Enf. 3 Prof.
	Inadequadas - Burocracia - Ausência de Relação Empática		X								1 Enf.
Responsabilização	Co-responsabilização Professor / Enfermeiro		X	X	X		X	X	X	X	3 Enf. 4 Prof.
	Aumento da Responsabilidade Unilateral		X						X		1 Enf. 1 Prof.
Relação entre Saberes – Cooperação / Conflito – CCS											
Relação de Conflito - Ambivalência			X								1 Enf.
Relação de Cooperação - Reflexão / Aproximação			X	X	X	X	X			X	3 Enf. 3 Prof.
Reconhecimento da Dicotomia			X	X	X	X	X	X	X	X	3 Enf. 5 Prof.
Papel dos Actores nas Diferentes Fases do Processo - PAF											
Planeamento			b)	a)		X b)	X b)	X	X b)	X	5 Prof.
Orientação			X	X	X	X	X	X	X	X	3 Enf. 5 Prof.
Avaliação			X a)	X	X	X a)	X	X a)	X	X	3 Enf. 5 Prof.

a) Atribui o papel principal à Escola.

b) Preponderância da Escola mas já com alguma intervenção do Serviço de Saúde.

Categorias / Dimensões		Entrevistas / Total									Total de Respostas
		Enf. A	Enf. B	Enf. C	Prof. A	Prof. B	Prof. C	Prof. D	Prof. E		
Comunicação como Estratégia - CCE											
Diálogo Aberto com <i>Feedback</i> Positivo	Manutenção das Relações Interpessoais	X	X	X			X	X		3 Enf. 2 Prof.	
	Optimização do Desenvolvimento do Ensino Clínico	X	X		X	X			X	2 Enf. 3 Prof.	
	Resolução de Problemas		X	X		X			X	2 Enf. 2 Prof.	
Comunicação sem <i>Feedback</i> Positivo	Prejudicial no Desenvolvimento do Ensino Clínico	X								1 Prof.	

5.2 – AS POTENCIALIDADES E CONSTRANGIMENTOS DE UM MODELO DE FORMAÇÃO NA ENCRUZILHADA DAS REPERCUSSÕES

Os resultados apresentados até então, assumem um carácter importante pelas relações significativas que estabelecem entre os diálogos dos diversos actores, guiando-nos numa perspectiva dicotómica, uma baseada em relações de confiança e cooperação e outra em relações burocráticas e formais, ambas condutoras e condicionadoras do desenvolvimento e destino do processo.

Os actores, embora oriundos de contextos organizacionais diferentes, reúnem-se num mesmo contexto formativo, onde o carácter dicotómico dos saberes é reconhecido, e transformado na maioria dos casos numa dialéctica de alternância reflexiva, sempre que subjacente ao mesmo se encontre uma estratégia de negociação baseada na confiança, com interacção e comunicação.

Mas, uma vez que nalguns casos, ao contexto subjaz uma prática disjuntiva, como opção estratégica dos intervenientes, considerámos pertinente, conhecer as percepções de professores e enfermeiros, acerca dos pontos fortes e fracos deste modelo, bem como das repercussões destas estratégias e do processo que conduzem.

Começaram por falar nas potencialidades, emergindo como imperante a aproximação organizacional, promotora da proximidade entre os actores e da convergência entre teoria e prática.

“Aproximar a escola e as instituições, neste caso o hospital, portanto a relação entre os professores e os profissionais”.

(Enf. A)

“O ponto mais forte que eu encontro nisto tudo é de facto a relação que eu como enfermeiro, estabeleci com o professor da escola num entendimento perfeito”.

(Enf. B)

“Eu penso que esta metodologia digamos assim tem toda a razão de ser e penso que tem todas as vantagens em relação, por exemplo à minha experiência antiga”.

(Enf. C)

“Há alguns anos atrás era mais complicado. (...)Permite que haja um intercâmbio muito grande entre nós, escola e hospital”.

(Prof. B)

“Da experiência que eu tenho com este modelo sou francamente a favor que ele

exista porque realmente acho que em termos de vantagens elas são sobejamente superiores às desvantagens”.

(Prof. D)

“Aproximação entre teoria e prática, eu acho que esse é de facto um dos pontos mais fortes”.

(Prof. E)

Pelos discursos apresentados verificámos que os intervenientes no processo tanto professores como enfermeiros, reconhecem diversas vantagens a este modelo formativo, estabelecendo até comparações com experiências anteriores.

Contudo emerge como eleita a ‘aproximação’, tal como encontrou d’Espiney na experiência de cooperação que realizou e que relatou assim *“A cooperação entre enfermeiros de serviço e professores na orientação das práticas clínicas, facilitou a aproximação entre os dois grupos profissionais”* (d’Espiney 1997: 184).

As aprendizagens, surgem também enriquecidas através deste processo, uma vez que *“se uma formação inicial não dispensa modalidades formais de formação, também não pode ignorar, até porque se trata de uma profissão com uma forte componente prática, a formação em contexto de trabalho”* (i.b. 185).

“A cooperação entre ambos é portanto em termos de benefícios para os alunos, é superior à soma das partes”.

(Enf. A)

“O que acontecia antigamente era, nós éramos colocados nos serviços, muitas vezes não havia qualquer ou havia muito pouca ligação com os enfermeiros, (...) tínhamos muito pouca orientação”.

(Enf. C)

“É um aspecto que está cada vez a melhorar mais porque pelo facto de haver nomeação, são garantias que a escola tem. (...) O hospital vai escolher dentro de determinada equipa, aquele enfermeiro que tem melhores qualidades para acompanhar o professor da escola, na aprendizagem do aluno”.

(Prof. A)

“Nalguns serviços os alunos, por vezes eram acompanhados pelos enfermeiros que lá estão no serviço, indiscriminadamente, e hoje tinham o enfermeiro A, amanhã tinham o B, no outro dia tinham o C, era perfeitamente indiferente e eles trabalhavam um pouco na forma como o enfermeiro também trabalhava. (...) agora com o protocolo isso não se passa (...) Isso traz todas as vantagens, (...) o facto de o aluno estar permanentemente acompanhado pelo mesmo enfermeiro, faz com que

haja um progresso de aprendizagem completamente diferente”.

(Prof. D)

A cooperação estabelecida entre professores e enfermeiros, principalmente durante a fase de orientação, subjaz ao discurso dos actores como promotora das aprendizagens, também Longarito no estudo que efectuou concluiu que *“cada vez mais tem sentido uma orientação partilhada onde saberes e experiências sejam colocadas ao serviço dos formandos”* (Longarito 2002: 32).

Sabemos que a análise das situações, o questionamento e a interacção de saberes, são também por si, processos auto e heteroformativos, constituindo-se neste caso a formação inicial como promotora da formação contínua d’Espiney (1997), assim, também professores e enfermeiros, elegem como potencialidade da cooperação o enriquecimento pessoal, profissional e até organizacional.

“Neste momento penso que esta metodologia (...) tem todas as condições para dar bons resultados, em primeiro lugar para os alunos, que são os alvos principais dos E.C., mas até para a própria escola, globalmente, porque não para o hospital também”.

(Enf. C)

“Há outro ponto forte, que é o estímulo que eles têm, o facto de terem alunos no hospital (...) estimula-os muito mais a trabalhar, a estudar inclusivamente”.

“O facto de acompanharmos alunos leva-nos a reflectir”.

(Prof. B)

Contudo, não foram só pontos fortes que encontrámos no processo, até pela análise que efectuámos das práticas dos actores verificámos existirem alguns constrangimentos, que muitas vezes surgiam como condicionantes das mesmas.

Desta forma, e em consonância com o anteriormente referido, professores e enfermeiros, apontaram como ponto fraco deste processo, o facto do *planeamento* comportar ainda muitas lacunas, no que diz respeito à interacção estabelecida e até à forma como circula a informação.

“Essas reuniões prévias têm um pequeno defeito, é que normalmente quem é convocado para essas reuniões prévias, não são os enfermeiros orientadores, são os enfermeiros chefes, (...) essa informação chega depois ao enfermeiro orientador através da chefia”.

(Enf. A)

Com efeito, e segundo autores de referência como Oliveira (2000), para que a

comunicação seja eficaz, é necessário, além da existência de referências comuns entre os interlocutores, melhorar o conteúdo das mensagens que são enviadas e procurar compreender também as recebidas, se não há recepção devido à ausência de alguns componentes, não haverá *feedback*, o que poderá trazer dificuldades no desenvolvimento do processo formativo.

“Existe uma lacuna grande da parte da escola nesta cooperação, porque na minha opinião, a parte escola havia de envolver os enfermeiros, que eles já sabem à partida quais são os enfermeiros de cada equipa que vão ficar com os alunos, e esses enfermeiros serem informados mais antecipadamente, terem conhecimento das características do grupo que vem, terem conhecimento das características de todos os objectivos do estágio”.

(Enf. B)

“Uma lacuna que eu posso referir na primeira fase, (...) penso eu que nós pudéssemos, nós hospital, pudéssemos ser chamados um pouco mais a participar”.

(Enf. C)

“Ele (enfermeiro orientador) deveria fazer parte, na minha opinião do planeamento prévio que nós executamos aqui”.

(Prof. B)

“Eles não participam no planeamento (...) aqui não há cooperação absolutamente nenhuma”.

(Prof. E)

Também o elevado número de alunos por serviço, constitui no entender de um professor e de um enfermeiro, um ponto fraco, que poderá condicionar as aprendizagens efectuadas.

“É elevado o número de alunos, (...) há sempre alguém que tem que esperar”.

(Enf. A)

“Os pontos fracos acontecem, quando existem muitos alunos num serviço, (...) nem todos os enfermeiros são cooperante. Os cooperantes muitas vezes só têm dois ou três alunos, ou por vezes nem se encontram no serviço por qualquer motivo. De modo que existem os outros enfermeiros que muitas vezes são deslocados para essas posições (...) e não têm muito essa vontade de ajudar de colaborar. Se bem que colaborem que trabalhem que ajudem, mas não é a colaboração tão eficaz que tem aquele que (...) já é cooperante, já aprendeu mais qualquer coisa, já teve reuniões com o professor da escola, muitas vezes tem uma relação muito mais chegada, (...) até o próprio aluno muitas vezes se sente mais desacompanhado”.

(Prof. A)

Este último discurso, conduz-nos a outras dimensões também referidas pelos actores como, “*a integração no processo de pessoas pouco motivadas*” e o facto de muitas vezes não existir até “*incentivos à cooperação*”, algumas vezes devido ao facto até de desconhecimento do próprio processo.

“É limitado e não estimula a que as pessoas tenham uma preocupação com a orientação dos estágios”.

(Enf. A)

“Há muitas (pessoas) que nem sequer sabem que ele (protocolo) existe”.

(Prof. D)

De referir ainda que um dos professores aludiu ao facto deste modelo de certa forma poder promover a difusão de responsabilidades.

“O aluno como sente que tem sempre um enfermeiro, que é o enfermeiro orientador, por detrás dele, isto há aqui tipicamente um fenómeno de difusão de responsabilidades”.

“Eu gostava muito mais do modelo anterior, porque obrigava, eu volto a dizer, havia a interiorização da responsabilidade”.

(Prof. C)

Este professor, ao referir-se aos constrangimentos do processo, efectuou um paralelismo entre estes e as possíveis repercussões nas aprendizagens dos alunos, o que de alguma forma em termos de análise constitui-se numa perspectiva interessante de compreensão dos contextos, que adoptaremos em seguida.

Das perspectivas dos actores em estudo, acerca das repercussões do processo de cooperação, não nos foi possível estabelecer mais nenhuma ligação com os pontos fracos referidos, o que atribuímos ao facto dos restantes inquiridos serem claramente a favor deste modelo de formação, conforme já demonstrámos anteriormente.

Desta forma analisámos os discursos tentando cruzar pontos fortes, com potencialidades do processo, e verificámos que, a aproximação escola/serviços de saúde, promovia a articulação entre teoria e prática e a proximidade entre os actores, o que se repercutiria em três grandes dimensões:

- Desenvolvimento de competências ao nível do saber estar, ser e fazer, por parte dos alunos;

“Este método contribui para o desenvolvimento de competências, contribui para que o aluno tenha (...) uma percepção completa do que é um doente, (...) o que é a

unidade que o envolve, o que são os colegas com quem trabalha. Penso que assim o tipo de responsabilidade diária por alguém que ele tem de cuidar e que tem que transmitir, e que tem que colaborar com os vários parceiros com quem trabalha, vai alargar a sua capacidade mental, a sua estrutura de pensar, a sua estrutura de observação que é muito importante”.

“Há outro aspecto importante (...) que tem a ver com a presença do professor e do aluno no hospital, muitas vezes há trocas de impressões, (...) vai enriquecer muito a forma de estar do aluno”.

(Prof. B)

“É um momento de grande reflexão e nós aproveitamos muito estes E.C. precisamente para reflectir em todos os sentidos. Para reflectir não só em termos daquilo que é a teoria e daquilo que é a prática, mas para reflectir sobre aquilo que eles fazem, porque é que fazem”.

(Prof. D)

“O enfermeiro da prática tem que explicar, não é, porque é que faz assim, (...) à luz de princípios científicos, (...) e desta forma fazer com que os alunos encontrem, nesta reflexão e por esta reflexão, as competências que estão menos desenvolvidas”.

(Prof. E)

- Desenvolvimento pessoal e profissional por parte de professores e enfermeiros – tanto pela auto-formação, como pela interacção de conhecimentos e pela reflexão;

“Há sempre coisas que se aprendem. Entre professores e orientadores acontece muita vez, podemos dizer que as trocas de opiniões se tornam enriquecedoras em termos da sua formação”.

“Obriga (ser orientador) a um trabalho de auto-formação”.

“Para o meu desenvolvimento pessoal e para o meu desenvolvimento profissional, sem dúvida que é mais um estímulo”.

(Enf. A)

“O facto de estar com alunos, eu gosto, eu sinto da minha parte que estou a aprender”.

“Nós discutimos problemas, nós discutimos matérias como são dadas na escola, (...) abordamos essas matérias de maneira a serem enriquecedoras para todos, para mim também que estou cá deste lado”.

(Enf. B)

“Há aspectos que são partilhados entre o enfermeiro cooperante com a escola e que no fundo, se calhar, vai enriquecer muito a forma de estar do aluno e enriquece também o professor. Porque há coisas que o professor, como há bocado referia, há

coisas que em termos práticos, hoje em dia o professor se calhar não sabe, porque não está lá, e em termos de actualização, a actualização teórica é diferente de uma actualização prática. Acho que é importante, porque quer um quer outro vão aprender aí. Estou-me a lembrar nomeadamente de serviços onde é utilizado determinado tipo de maquinaria, que existem nos serviços de hoje em dia, cada vez mais, é importante que o professor vá aprender como é que funciona”.

(Prof. A)

“Muitas vezes temos que alterar alguns aspectos e adaptar à realidade em que nós estamos e isso é bom para nós, pois obriga-nos a nós a ver as coisas também um pouco mais além, (...) leva-nos também a ir procurar algumas coisas e a descobrir outras coisas, a ler e a confrontarmo-nos enquanto professor”.

(Prof. B)

“É importante para nós docentes porque estamos na prática, estamos a adquirir determinados conceitos que já foram ultrapassados, (...) porque as coisas estão permanentemente em mudança, estamos por outro lado a, digamos, a aperfeiçoar-nos em termos da prática, porque não temos uma prática tão diária como tínhamos no hospital. E por outro lado podemos transmitir, também determinados conceitos aos enfermeiros orientadores do hospital, pronto, e é através de toda esta partilha de experiências que, sem dúvida nenhuma, permite o crescimento em todos os sentidos, de todos os intervenientes”.

(Prof. D)

“Este jogo, este confronto, são imprescindíveis para a aprendizagem de todos nós”.

(Prof. E)

- **Benefícios organizacionais - pela reflexão das práticas pedagógicas e de cuidados, conduzindo muitas vezes à reformulação das mesmas.**

“Esta metodologia terá todas as vantagens, (...) não nos esquecendo que estamos a preparar os enfermeiros que enfim, alguns deles porventura, poderão ser os profissionais desta casa e o hospital tem toda a vantagem em que eles saiam cada vez mais bem preparados”.

(Enf. C)

“O facto de nós acompanharmos alunos leva-nos a reflectir sobre aquilo que nós fazemos na escola em termos teóricos, e depois a realidade que nós vamos encontrar, e isso para nós é muito bom, porque quando damos aulas teóricas permite-nos transmitir uma visão mais concreta e mais real daquilo que o aluno vai encontrar, mesmo depois como profissional”.

(Prof. B)

“Promovendo esta reflexão, e para mim também se tornam imprescindíveis, porque este mundo aqui da escola fecha-nos aqui, e é perante estas seis semanas que nós

estamos com a realidade (...) e daí eu trago muitas coisas para a escola, para a teoria, reflexões que eu coloco em sala de aula, que me coloco a mim própria. (...) Que transformo os meus conceitos e a minha forma de estar em aula, quando estou a explicar determinada teoria, porque trouxe de lá coisas novas, (...) que mais não seja uma técnica nova, (...) um medicamento novo”.

(Prof. E)

Resumindo, pela análise efectuada, pensamos poder afirmar que sempre que subjazem ao contexto de ensino clínico relações de cooperação, este poderá ser promotor do desenvolvimento de saberes e consequentemente do desenvolvimento profissional e organizacional, porque *“É na base de uma estrutura activa em que formação e produção de saber estão perfeitamente articuladas, que os futuros profissionais podem não só adquirir os diferentes saberes necessários ao início da profissão, mas sobretudo desenvolver competências qualificantes”* (d’Espiney 1997: 185) e ainda, porque a reflexão não sendo um fim em si, torna-se um meio que permite aos sujeitos reconstruir num quadro de aprendizagem permanente nas e através das situações de trabalho, constituindo-se o próprio contexto organizacional, como formante.

Dadas as características da análise efectuada, além da matriz de síntese n.º 3, elaborámos o quadro n.º 2 para que melhor se possam observar as relações estabelecidas.

Apesar das potencialidades, os constrangimentos coexistem, podendo como vimos atrás colocar em causa o próprio processo, assim, inventariar sugestões, para melhorar a sua operacionalização, constituiu o passo seguinte.

Matriz de Síntese n.º 3 – Potencialidades e Constrangimentos do Processo e suas Repercussões

Entrevistas / Total	Enf. A	Enf. B	Enf. C	Prof. A	Prof. B	Prof. C	Prof. D	Prof. E	Total de Respostas
Potencialidades – POT									
Aproximação Organizacional e dos Actores	X	X			X		X	X	2 Enf. 3 Prof.
Promoção das Aprendizagens dos Alunos	X	X	X	X			X		3 Enf. 2 Prof.
Interacção de Saberes e Promoção das Aprendizagens para Professores e Enfermeiros			X		X				1 Enf. 1 Prof.
Constrangimentos – CON									
Deficiências ao Nível do Planeamento	X	X	X		X			X	3 Enf. 2 Prof.
Elevado Numero de Alunos por Serviço		X		X					1 Enf. 1 Prof.
Difusão de Responsabilidades						X			1 Prof.
Repercussões – REP									
Desenvolvimento de Competências por Parte dos Alunos	X	X	X		X		X	X	3 Enf. 3 Prof.
Desenvolvimento Pessoal e Profissional para Professores e Enfermeiros	X	X	X	X	X		X	X	3 Enf. 4 Prof.
Reflexão das Práticas com Benefícios Organizacionais			X		X			X	1 Enf. 2 Prof.
Desresponsabilização dos Alunos						X			1 Prof.

Quadro n.º 2 – Relação Entre as Potencialidade e Constrangimentos do Processo de Formação e as Repercussões do Mesmo

Potencialidades	Actores	Repercussões – Profissionais	Repercussões – Alunos
<i>“Aproximar a escola e as instituições, neste caso o hospital”.</i>	Enf. A	<i>“Obriga (ser orientador) a um trabalho de auto-formação. Para o meu desenvolvimento pessoal e para o meu desenvolvimento profissional, sem dívida que é mais um estímulo”.</i>	<i>“...a realidade que o aluno vai perceber é uma realidade muito mais próxima da realidade de facto”.</i>
<i>“O ponto mais forte que eu encontro nisto tudo é de facto a relação que eu como enfermeiro, estabeleci com o professor da escola num entendimento perfeito. Este modelo é melhor, é assim cada aluno tem um doente, (...) é o método por responsável e ele tem que saber tudo”</i>	Enf. B	<i>“O facto de estar com alunos, eu gosto, eu sinto da minha parte que estou a aprender”.</i>	<i>“Este método contribui para o desenvolvimento de competências, contribui para que o aluno tenha (...) uma percepção completa”</i>
<i>“Neste momento penso que esta metodologia (...) tem todas as condições para dar bons resultados, em primeiro lugar para os alunos, que são os alvos principais dos E.C., mas até para a própria escola, globalmente, porque não para o hospital também”.</i>	Enf. C	<i>“Realmente ajuda-nos, muitas vezes, nós depois das situações serem vividas e terem acontecido fazemos uma avaliação, até de alguma forma aprofundada, sobre essas vivências, sobre essas experiências, ajuda-nos realmente muitas vezes, penso eu, ou deveria ajudar-nos a reflectir sobre a nossa própria prática do dia a dia como enfermeiros e, eventualmente, alterarmos coisas que estejam menos bem”.</i>	<i>“Esta metodologia terá todas as vantagens, (...) não nos esquecendo que estamos a preparar os enfermeiros que enfim, alguns deles porventura, poderão ser os profissionais desta casa e o hospital tem toda a vantagem em que eles saiam cada vez mais bem preparados”.</i>
<i>“Há alguns anos atrás era mais complicado. Permite que haja um intercâmbio muito grande entre nós, escola e hospital.</i>	Prof. B	<i>“O facto de nós acompanharmos alunos leva-nos a reflectir (...) Muitas vezes temos que alterar alguns aspectos e adaptar à realidade em que nós estamos e isso é bom para nós, pois obriga-nos a nós a ver as coisas também um pouco mais além, (...) leva-nos também a ir procurar algumas coisas e a descobrir outras coisas, a ler e a confrontarmo-nos enquanto professor”.</i>	<i>“Naqueles enfermeiros que são detentores de mais conhecimentos e que têm mais experiência, também dão um contributo muito forte no sentido de esclarecer algumas dúvidas que os alunos têm, no seu dia a dia de prestação de cuidados”.</i>
<i>“Aproximação entre teoria e prática, eu acho que esse é de facto um dos pontos mais fortes”.</i>	Prof. E	<i>“Este jogo, este confronto, são imprescindíveis para a aprendizagem de todos nós”.</i>	<i>“O enfermeiro da prática tem que explicar, não é, porque é que faz assim, (...) à luz de princípios científicos, (...) e desta forma fazer com que os alunos encontrem, nesta reflexão e por esta reflexão, as competências que estão menos desenvolvidas”.</i>

5.3 – A MUDANÇA COMO PROCESSO SIGNIFICATIVO DE DESENVOLVIMENTO DA COOPERAÇÃO – SUGESTÕES DOS ACTORES

Perspectivar e analisar a mudança, não constituiu objectivo específico do nosso estudo, pois estamos conscientes que para o podermos fazer seria necessário efectuar uma outra pesquisa. Contudo, conhecer as sugestões dos actores em relação ao que poderia mudar surgiu naturalmente face aos constrangimentos apontados. Muitas vezes no decurso das próprias entrevistas, professores e enfermeiros ao falarem das suas vivências, ao expressarem as suas dificuldades e as estratégias que mobilizavam, falavam também dos constrangimentos do processo e do que gostariam de ver mudado, colocando-se assim no ponto de viragem.

Deste modo, no final da entrevista pedimos que clarificassem este aspecto, no sentido de diagnosticar e inventariar soluções que de certa forma pudessem ser reguladoras e promotoras da cooperação, uma vez que o diagnóstico segundo a abordagem organizacional, corresponde “*à solução que os actores relativamente autónomos e agindo nos constrangimentos gerais de uma racionalidade limitada encontram para estruturar e regular a sua cooperação*” e também porque estas sugestões teriam por base explicações locais “*baseadas num conhecimento empírico das condições de trabalho e de cooperação entre actores*” (Friedberg 1995: 327).

Nesta análise, iremos centrar-nos em dois campos que embora complementares, por questões de compreensão separámos, assim estruturaremos as sugestões dos actores em sugestões de inovação e de reformulação da cooperação.

Começamos pela reformulação, pelos constrangimentos referidos pelos actores. Podemos dizer que estes perspectivam uma mudança na operacionalização do processo de cooperação em ensino clínico, verificou-se que a intervenção dos enfermeiros no planeamento operacional era quase nula embora desejada por ambos, à semelhança dos resultados encontrados por Franco (2000), quando inquiriu estes profissionais acerca da participação que tinham e que gostariam de ter num contexto semelhante ao que estamos a analisar.

Cientes das realidades vividas, propuseram uma maior intervenção nesta fase do processo.

“Pelo menos com duas semanas de antecedência devia existir nos serviços para o orientador, mas também para os outros profissionais terem acesso, aquele plano com os objectivos do estágio, (...) para além de ser pedida a nível da preparação a colaboração do orientador”.

(Enf. A)

“Eu no meu entender era positivo haver reuniões antes (...) eu só sei que vou ter oito alunos”.

(Enf. B)

“Penso que realmente se houvesse mais alguma participação do hospital no planeamento do próprio E.C. que poderiam ser esbatidos alguns problemas que vão surgindo de vez em quando”.

“Haver mais uma participação activa dos profissionais do serviço a nível do planeamento”.

(Prof. C)

“O processo poderia ser enriquecido se houvesse cooperação no planeamento, (...) porque eles são de facto as pessoas que conhecem o serviço, sabem como ele funciona, (...) o chefe e o orientador, os dois, (...) o guia orientador seria feito em conjunto com estas pessoas e de acordo com a realidade que eles vivem”.

(Prof. E)

Também um enfermeiro referiu ser necessário fomentar a comunicação após a avaliação, para que através da análise dos procedimentos se pudessem reformular as práticas de orientação e transformar este círculo num círculo virtuoso.

“Penso que também depois do estágio terminar, há pouco feedback da escola ou das coisas que correram bem, menos bem e melhor. (...) poderia ser pensado melhor, seria importante que as coisas fossem mais reflectidas, mais analisadas. Porque não no final haver também uma reunião em que se juntassem todos os serviços, todos os docentes que estiveram em cada serviço e fazer-se uma avaliação global”.

(Enf. C)

Um professor foi ainda da opinião que também os outros enfermeiros do terreno deveriam ser integrados no processo, uma vez que também eles, acabam por interagir com os alunos durante o ensino clínico.

“Eu acho que não deveria ser só este enfermeiro a ter esta postura de orientação de alunos, esta relação para mim deveria ser conseguida com todos os enfermeiros do terreno”.

(Prof. E)

Ainda no sentido de melhorar o acompanhamento que é proporcionado aos

alunos, um enfermeiro referiu-se ao facto de ser necessário diminuir o número de alunos por serviço.

“Eu sou mais adepto de menos alunos por serviço”.

(Enf. B)

Desta forma e uma vez que tanto o alargamento do espaço de intervenção, como a incorporação de novos elementos, pressupõe uma clarificação acerca dos aspectos pedagógicos e uma integração no processo, a formação emerge das sugestões dos actores.

“A Escola de enfermagem poderia desenvolver (...) preocupar-se, não funcionar como Núcleo de Formação (departamento do Hospital) mas poderem organizar elas próprias actividades sobre aspectos específicos em que os enfermeiros já profissionais, podem ir à escola frequentar um workshop, um seminário”.

(Enf. A)

Esta sugestão diz respeito à continuidade da formação dos enfermeiros e professores que acompanham e orientam alunos em ensino clínico, uma vez que estes *worksop's* já existem, no entanto pensam ser necessário dar-lhes continuidade, numa perspectiva de actualização.

Esta perspectiva é igualmente partilhada pelos professores.

“Formação, que eu acho que isso é que é fundamental. Que eu até acho que a escola deveria ser impulsionadora nesse aspecto”.

(Prof. B)

“É importante nós dar-mos os muitos passos que, como seja nomeadamente a integração de todos os intervenientes, que todos percebam qual é a filosofia que está subjacente a este modelo, para cada objectivo, e quais são os benefícios que todos nós podemos tirar deste modelo, deveria passar muito por essa formação. Passa muito por uma informação das pessoas”.

(Prof. D)

Desta forma torna-se essencial que a escola, tal como refere Franco *“informe e mantenha actualizados todos os enfermeiros que consigo colaboram”* (Franco 2000: 47).

Neste tipo de processo, é essencial a uniformização de pontos de referência, assim, esta formação/ informação terá que ser feita em volta da filosofia de formação e dos currículos dos cursos, para que a articulação pedagógica se torne produtiva.

Ao nível da Inovação, as sugestões dos actores surgem em torno de duas dimensões, a primeira reporta-se a novas modalidades de compensação, e a segunda ao alargamento da cooperação.

As modalidades de compensação, relacionam-se naturalmente com os enfermeiros das organizações de saúde, uma vez que estes não são remunerados, pelo trabalho que desenvolvem junto dos alunos. A formação gratuita é sugerida por um professor e por um enfermeiro, focando ainda este último o aspecto da compensação monetária.

“E penso que o enfermeiro que é orientador como compensação, quando vai a esse tipo de organizações havia x lugares em que esses orientadores teriam acesso. É claro que essa formação é paga, (...) mas haverem, sei lá, ou pagarem de uma forma mais simbólica ou não pagarem”.

“Devia ser uma actividade remunerada”.

(Enf. A)

“Dar contrapartidas (...) a atribuição de quotas para poder participar na formação, (...) contrapartidas financeiras eu não sou a favor disso”.

(Prof. D)

Por último, o alargamento da cooperação através da partilha de recursos e da participação conjunta em projectos de investigação, emergem dos discursos de um enfermeiro e de um professor.

“Que esta cooperação fosse cada vez mais permanente, (...) e até estender-se a outras actividades que não só os E.C., (...) porque não enfermeiros do hospital cooperarem nalgumas aulas, sobretudo aquelas aulas práticas”.

“Aproveitar algumas actividades aqui do nosso Núcleo de Formação também, para trazer pessoas da escola, para darem um bocado o testemunho da sua experiência e da forma como estão a trabalhar e de algumas coisas que tenham, que possam trazer de novo aqui para nós”.

(Enf. C)

“Deixo como sugestão pela aproximação, pelo desenvolvimento de um trabalho, (...) projectos de investigação que sejam desenvolvidos com eles, que cheguemos a conclusões que vêm enriquecer as nossas aulas, a nossa teoria, que nós cheguemos a conclusões que de facto, venham enriquecer este processo, (...) a prestação de cuidados, (...) consequentemente a qualidade dos cuidados aumenta, porque os problemas deles necessariamente passam pela prestação de cuidados”.

(Enf. E)

Face às realidades a que tivemos acesso, podemos afirmar serem as potencialidades deste processo, muito superiores aos constrangimentos, considerando os actores em estudo, ser este modelo, promotor do desenvolvimento quer dos alunos, quer dos professores e enfermeiros, quer de alguma forma das próprias organizações.

No entanto, não nos devemos deter apenas nestes aspectos, descurando, os constrangimentos que foram referidos, bem como todos os condicionantes apontados às práticas de operacionalização, e aos quais fizemos referência.

No contexto da abordagem organizacional, verificámos que os actores, são indivíduos relativamente livres, que adoptam estratégias, tendo em conta os seus objectivos e representações Crozier e Friedberg (1977), desta forma, cientes dos condicionalismos para os quais traçaram novos caminhos, professores e enfermeiros, perspectivam a mudança, como promotora do processo.

A observação destas sugestões, através da remodelação das modalidades de operacionalização nas áreas referenciadas, o alargamento da cooperação e da realização de projectos de investigação conjuntos, poderão desta forma constituir-se o motor de desenvolvimento, abrindo novas possibilidades à articulação de saberes.

Matriz de Síntese n.º 4 – Sugestões dos Actores para o Desenvolvimento da
Cooperação

Categorias / Dimensões		Entrevistas / Total	Enf.	Enf.	Enf.	Prof.	Prof.	Prof.	Prof.	Prof.	Total de Respostas
			A	B	C	A	B	C	D	E	
Sugestões – SMC											
Reformulação	Intervenção dos Enfermeiros no Planeamento Operacional	X	X	X			X		X		3 Enf. 2 Prof.
	Integração dos Outros Elementos da Equipe								X		1 Prof.
	Diminuição do Numero de Alunos por Serviço		X								1 Enf.
	Formação	X					X		X		1 Enf. 2 Prof.
Inovação	Compensações	X a)							X b)		1 Enf. 1 Prof.
	Alargamento da Cooperação			X c)					X d)		1 Enf. 1 Prof.

- a) Compensações monetárias.
b) Quotas de formação.
c) Intercâmbio de recursos humanos.
d) Investigação conjunta.

CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A cooperação na formação em enfermagem, constitui uma realidade sociológica ainda pouco estudada e divulgada, talvez porque apesar da articulação teoria/prática ser apanágio desta mesma formação desde os tempos mais remotos, os novos modelos, onde a cooperação ocupa ou tende a ocupar lugar cimeiro, são produto das novas tendências pedagógicas, onde a dicotomia tantas vezes apontada, dê lugar a um paradigma emergente de interacção e concílio reflectido destes saberes.

Foi neste sentido, que julgámos pertinente o estudo desta temática, pois segundo estudos recentes efectuados por Franco (2000) e Longarito (2002) o problema não reside na existência desta dicotomia de saberes, mas na aglutinação de uns sobre os outros, daí a importância da cooperação e da reflexão.

Pensar nos Professores e Enfermeiros, como actores que operacionalizam e modelam essa cooperação, enquanto membros activos das organizações, envolvidas no Ensino Clínico de Enfermagem, levou-nos a reflectir sobre as representações que têm da mesma e também sobre as estratégias que mobilizam neste contexto.

Pretendíamos compreendê-los como actores, que desenvolvem o seu trabalho e que se confrontam no seu dia a dia com dificuldades, para as quais mobilizam estratégias tendo em conta os seus próprios objectivos e finalidades.

Era nosso objectivo conhecer essa vertente da *realidade social*, pretendíamos percebê-la, tal como ela é *vista e vivida* pelos Professores e Enfermeiros, assim, compreender as lógicas de cooperação em ensino clínico, passou pela interrogação dos actores acerca das representações que tinham acerca do mesmo, dos seus papéis, das estratégias mobilizadas, bem como dos factores condicionantes, das potencialidades e constrangimentos, que poderiam influenciar as repercussões, descodificando também os factores contextuais que subjazem e modelam estas acções.

Para tal realizámos um estudo qualitativo, configurando como estratégia de pesquisa o estudo de caso, à luz das orientações e das correntes de Robert Yin (1989)

e Cassell e Symon (1994).

Delimitámos a análise à perspectiva do grupo de actores que operacionalizam o processo de cooperação em ensino clínico, foi através da leitura dos discursos e das observações efectuadas acerca das estruturas organizacionais e das práticas desenvolvidas em volta deste contexto, que obtivemos os dados necessários para compreender as lógicas de cooperação, bem como o modo como se desenvolve todo o processo.

Não querendo ficar situados, nas meras explicações avançadas *à priori*, prosseguimos no sentido de descrever a forma como estes actores *vêm e se situam* no processo, porquê ou quais as razões que os levam a cooperar? Que estratégias mobilizam na operacionalização? Que potencialidades e constrangimentos vêm no mesmo? Que percepção têm acerca das repercussões? Desta forma delimitámos a investigação num plano analítico que incidiu essencialmente sobre três aspectos: O primeiro, onde abordámos o envolvimento organizacional e representações dos actores, um segundo, no qual procurámos desocultar através dos discursos directos das observações efectuadas e dos documentos consultados, a estruturação das práticas e as estratégias mobilizadas e por fim um terceiro que incidiu na identificação das potencialidades e constrangimentos do processo, e na perspectiva que os actores tinham das suas repercussões.

Desta forma a investigação que levámos a cabo foi fundamentada essencialmente no desejo do conhecimento das condições reais nas quais se processa a *Cooperação na Orientação de Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem*, no contexto restrito que seleccionámos para o estudo. No sentido de controlar os desvios e viéses procedemos a uma constante triangulação das técnicas para também desta forma enriquecermos os resultados, assumindo ao mesmo tempo uma atitude crítica em relação aos dados encontrados, que procurámos deixar clara na forma como descrevemos os factos e também assim contribuir para a objectivação daquilo que poderia ser considerado menos objectivo.

Pretendemos agora num esforço de síntese, ilustrar o processo de cooperação estabelecido em ensino clínico, através dos dados colhidos, e das inter-relações estabelecidas, ou melhor, sobre os resultados do estudo, pois *“A interpretação dos resultados de um estudo, formam as conclusões do mesmo”* (Gil Flores, 1994, p. 94).

Perceber esta realidade a partir dos actores intervenientes, permitiu-nos captar as lógicas subjacentes ao próprio processo e que apresentaremos em dois eixos distintos: um primeiro correspondente aos elementos normativos das organizações e um segundo que permite compreender o posicionamento dos actores.

OS ELEMENTOS NORMATIVOS DAS ORGANIZAÇÕES

Face às directrizes actuais em termos de formação, as organizações devem adaptar-se aos novos modelos de construção de saberes. Apesar da necessidade de integração o campo da formação e do trabalho em enfermagem, têm vivido, uma relação desigual, onde o saber teórico ocupa lugar cimeiro.

A aproximação dos dois contextos escola e organizações de saúde é hoje uma necessidade incontestável, para o desenvolvimento da própria profissão.

Desta forma as próprias organizações, sentem necessidade de desenvolver sistemas de aproximação e abertura que lhes permita dar respostas a estas novas exigências, como é o caso daquelas às quais recorreremos para o nosso estudo.

Tratando-se da formação em enfermagem, o contexto do ensino clínico foi eleito por ser aquele, onde a interacção de diversos actores oriundos de duas organizações distintas é imprescindível, estando subjacente a esta interacção diversos factores, aos quais o modelo subjacente não é alheio.

Os resultados obtidos neste estudo, revelam uma tendência para a emergência de um modelo organizacional, onde a abertura, a acção negociada e a comunicação subjazem, no entanto no quadro de uma análise mais fina, triangulando os vários documentos aos quais tivemos acesso e os discursos dos actores, verificámos que nem sempre tal acontece, configurando-se a cooperação estabelecida (em alguns casos), numa lógica burocrática ditada pela hierarquia do poder. Principalmente no que diz respeito ao *planeamento* do ensino clínico, também verificámos existir uma desigualdade de intervenção, sustentada nos discursos tanto de professores como de enfermeiros, apontada como constrangedora do próprio desenvolvimento do processo.

Assim verificámos, que apesar da cooperação estabelecida, a interacção negociada, inerente a qualquer estratégia similar, não é uma constante neste contexto,

configurando-se assim uma contradição, no que diz respeito ao modelo organizacional afigurado inicialmente.

Não queremos dizer que a relação tenha que passar pelo contributo igualitário em todas as fases do processo, nem tal seria coerente dadas as funções e imperativos legais inerentes à própria organização escolar, no entanto, no que diz respeito ao planeamento operacional do ensino clínico, na nossa perspectiva, este poder-se-ia efectuar baseado numa acção negociada, no entanto ao subordinar-se mais uma vez a prática à teoria, distancia estas organizações dos novos modelos.

Concluimos que, apesar de criadas as condições e de na maioria dos casos se verificar uma interacção, modelada por um sistema de acção, onde ressaltam as relações de abertura e negociação baseadas na comunicação, ainda subsistem aspectos contraditórios que evidenciam uma lógica de dominância e imposição que contribuem para o distanciamento do modelo de organização aprendente e formante.

POSICIONAMENTO DOS ACTORES FACE AO PROCESSO

Considerando o espaço organizacional como um sistema, modelador e modelado pelos actores que dele fazem parte, importou-nos analisar as lógicas de envolvimento, as estratégias mobilizadas e os jogos subjacentes à luz das suas representações.

Se às lógicas de cooperação subjaz um modelo de acção negociada baseado na interacção, na comunicação e no estabelecimento de relações de confiança, através dos dados analisados, outras realidades foram também descodificadas.

Mais uma vez os resultados configuraram-se numa perspectiva dicotómica que evidenciámos em três dimensões.

A primeira, diz respeito à imagem construída no tempo pelos actores, acerca da cooperação que efectivavam, quisemos conhecer as razões de envolvimento assim como os objectivos e finalidades subjacentes, pois só percorrendo este caminho ser-nos-ia possível entender as lógicas da acção estratégica.

Os resultados apontaram-nos para uma visão da cooperação, diferenciada em duas formas de concepção e actuação percebidas por actores de ambos os

grupos. Um grupo mais restrito, apresenta uma perspectiva mais próxima da colaboração e da relação de ajuda, enquanto a maioria a define sustentada em vínculos criados e sustentados numa lógica de fazer conjunto, à qual subjazem relações de partilha, confiança e compromisso. De salientar a alusão encontrada à forma de ser e estar dos envolvidos, muitas vezes condicionadora do próprio processo, “*A cooperação depende também muito dos actores que são envolvidos, (...), a maneira como depois surge a cooperação, a profundidade dessa cooperação, a forma mais livre ou mais moderada de como a cooperação se desenvolve*”(Enf. A).

Quanto ao envolvimento dos actores, e factores de adesão ao processo, concluímos que estes não podem ser separados dos contextos organizacionais, uma vez que estes resultam dum processo de nomeação hierárquica por parte dos enfermeiros e por inerência de funções no que diz respeito ao grupo de professores. Contudo, apesar de à primeira vista estar subjacente um carácter determinista, não são apenas aspectos normativos que modelam esta adesão, uma vez que nos discursos se verifica um voluntarismo de envolvimento. Ela é ainda justificada por um conjunto de finalidades e objectivos pessoais, que vão desde a rentabilização dos recursos humanos, referido essencialmente pelos professores, ao cumprimento do protocolado, sendo no entanto, sustentado ao longo dos seus discursos a valorização dada a esta cooperação ao relacionarem-na com a adequação e dinamismo das aprendizagens.

Essencialmente os enfermeiros apontam como objectivo a necessidade de transmissão da cultura profissional, cultura essa onde se misturam as normas, valores, formas de ser, estar e fazer comuns, cujo fim será a construção identitária do aluno baseada no *modelo cultural*, que subjaz à própria profissão, tal como já foi referido por autores como Sansaulieu (1997) e Petit e Dubois (2000), sustentam ainda a sua actuação no gosto pessoal que relacionamos com o objectivo antes referido, e a valorização curricular, associada à progressão na carreira profissional.

Em resumo, à imagem que os actores têm do processo, subjaz uma lógica organizacional e um conjunto de concepções pessoais, que de dicotomizam em duas perspectivas, uma de colaboração outra de cooperação efectiva. No que diz respeito ao envolvimento no processo, verificámos à luz do que foi referido por Friedman (1995), que apesar dos constrangimentos organizacionais impostos, os actores modelam-nos pelas suas condutas, pois mesmo nomeados, os actores aderem ao

processo voluntariamente, dirigindo as suas acções à luz das representações, tendo como objectivos principais a transmissão cultural, a rentabilização de meios, a satisfação e a valorização pessoal e das aprendizagens (Fig. 5).

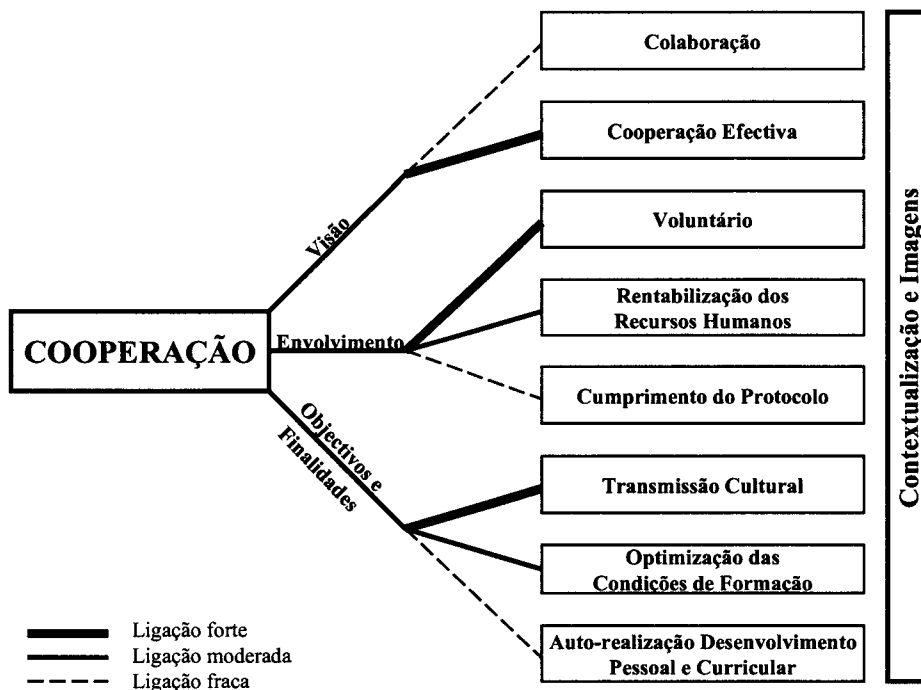


Figura n.º 5 – Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores

A segunda dimensão de análise diz respeito ao jogo estratégico dos actores na operacionalização do processo de cooperação no acompanhamento de alunos em ensino clínico.

Considerando os resultados já alcançados, a análise da matriz das práticas e estratégias constituiu o passo seguinte.

Conhecendo à partida a *imagem*, explorámos o conjunto de jogos cujas regras e mecanismos regulavam os processos de interacção à luz da perspectiva de Friedberg (1995), começando por explorar a articulação entre as dimensões pessoais e profissionais da formação, intrincadas na dimensão social do trabalho pelos saberes teóricos e saberes construídos na acção.

Os resultados desta segunda dimensão, configuraram-se em torno de quatro eixos aos quais mais uma vez subjaz uma perspectiva dicotómica.

Assim no que diz respeito à articulação estabelecida concluímos que as posições dos actores situam-se em torno de duas vertentes distintas, uma primeira e preponderante no processo, onde esta é modelada pela negociação e pelo estabelecimento de relações empáticas e de confiança, da qual resulta uma co-responsabilização pelo acompanhamento e orientação de alunos, assim como pela resolução conjunta de problemas, a segunda vertente, mais pontual no entanto presente, pautada por uma ausência de empatia onde predominam a cordialidade e as relações burocráticas, cujas repercussões desta (des) articulação, são projectadas no desenvolvimento do próprio ensino clínico e na unilateralização da responsabilização.

Quanto à relação teoria/prática, e conseqüente interacção de saberes, essencial a este processo, terá que comportar devido à natureza bilateral do poder o embrião da negociação Friedberg (1995).

Os resultados da nossa investigação, aludem ao reconhecimento das diferenças e da dicotomia teoria/prática, no entanto a aproximação entre os contextos e a acção negociada baseada na reflexão, foi referenciada como estratégia de actuação dos actores, sempre que ao contexto estivesse subjacente uma relação de cooperação efectiva, o que por seu lado permitia aos alunos estabelecer a ligação entre o saber e a acção alternando-os de forma reflexiva através da imersão no contexto real, com acompanhamento interdisciplinar, acompanhamento este também imerso na actualização e na reflexão.

Contudo, a sujeição desta reflexão surge mais uma vez citada sempre que a adesão se faça baseada na relação burocrática, onde o jogo de poder é escudado na detenção do saber inerente às funções que desempenha, surgindo comprometedor, uma vez que teoria e prática se apresentam como pólos opostos de um mesmo ensino.

Desta forma a complementaridade é cada vez mais apanágio do processo de cooperação, pelo que foi nosso propósito explorar a forma como ela era estabelecida nas diversas fases do processo.

Os resultados convergiram tanto nos discursos do grupo de professores como nos enfermeiros, concluímos então que o *planeamento*, fase inicial do ensino clínico, era essencialmente protagonizado pelos actores da organização escolar, sendo

consensual este protagonismo numa primeira fase (fase de definição de estratégias e objectivos pedagógicos), no entanto contestada numa segunda fase (planeamento operacional), reivindicando os enfermeiros uma maior intervenção no sentido de otimizar o desenvolvimento do ensino clínico. Já a fase de *orientação* é modelada pela interpelação e pela negociação permitindo uma dinâmica e partilha de experiências, das quais emergem elementos de correcção que permitem o desenvolvimento de todos os envolvidos.

Já a fase de *avaliação* é caracterizada pela intervenção de ambos os grupos, no entanto de uma forma completamente distinta daquela que emerge na *orientação*, reconhecendo os actores do terreno, um papel preponderante aos professores, que estes assumem, na avaliação dos alunos, ao que atribuímos como explicação, o facto de ser a organização escolar a detentora do poder e do dever de conferir e validar a creditação e certificação das habilitações e como tal ser esta em primeira e última instância a coordenadora do processo.

À luz dos modelos tomados como referência, sustentados na perspectiva teórica adoptada, verificámos que a comunicação era essencial a todo o processo, bem como as formas como esta era estabelecida, assim como último eixo caracterizador do posicionamento dos actores, explorámos a forma como a comunicação era processada durante o processo, assim, foram expressões como “*positiva*”, “*franca*”, “*aberta*” e “*informal*”, associadas a relatos como “*conseguimos sempre resolver as coisas, através da conversa, falamos sobre o assunto*” (Prof. B), entre outros que nos permitiu de uma forma geral caracterizá-la como comunicação baseada no *feedback* positivo, modelo por nós adoptado. No entanto, caracterizamo-la *de uma forma geral*, e não totalmente, porque também aqui verificámos alguns aspectos constrangedores embora em pequena escala, à semelhança do que temos vindo a encontrar ao longo da nossa análise. Assim na sequência das relações estabelecidas, sempre que a comunicação se faz sem ausência de *feedback* positivo, não são atingidos os objectivos inicialmente propostos.

Em suma pelos resultados apresentados, verificámos que todo este processo assume duas vertentes de operacionalização, sustentados à partida pela relação que é estabelecida pelos actores. A primeira vertente, escorada na relação de empatia, negociação e confiança, é promotora da co-responsabilização, aproximação de saberes, e desenvolvimento dos envolvidos. Sendo este erigido na reflexão, facilita a

interacção por sua vez suportada numa comunicação aberta com *feedback* positivo, que se repercute no desenrolar do ensino clínico, contribuindo desta forma para o alcance dos objectivos traçados.

A segunda vertente, onde imperam os jogos de poder, e a comunicação desadequada, modela a interacção, resvalando para a ambivalência, impedindo a complementaridade, onde o distanciamento entre saberes se torna evidente e comprometedor da construção e (re)construção dos mesmos.

Para melhor visualizarmos os resultados desta dimensão construímos o esquema que apresentamos na figura n.º 6.

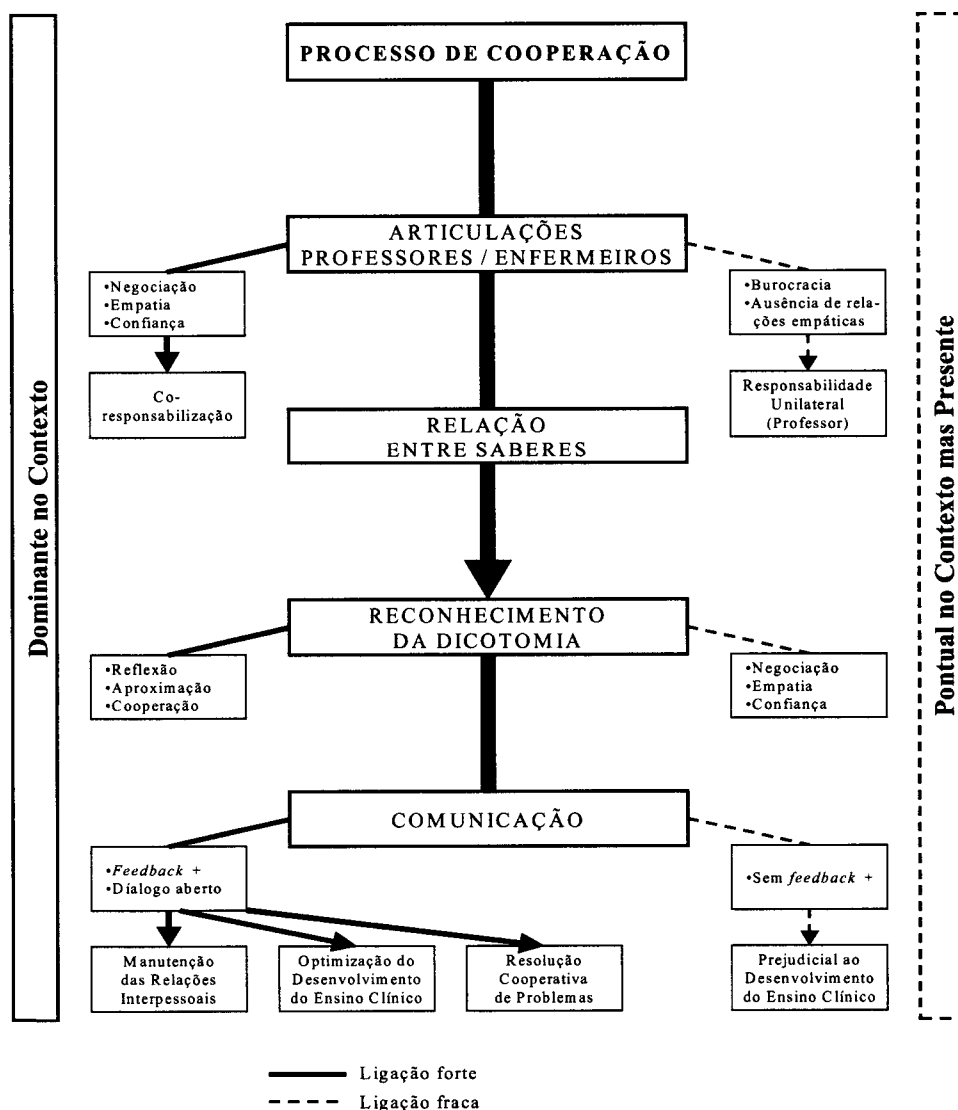


Figura n.º 6 – Práticas e Estratégias dos Actores na Operacionalização do Ensino Clínico

A terceira e última dimensão reúne os resultados correspondentes à potencialidade e constrangimentos identificadas no processo e às repercussões do mesmo segundo a perspectiva dos actores em estudo.

Apesar de oriundos de contextos organizacionais distintos, os actores reúnem-se num contexto formativo, onde apesar do carácter dicotómico ser reconhecido, na grande maioria das situações impera uma acção estratégica baseada na negociação interactiva, e numa dialéctica de alternância reflexiva em oposição às práticas disjuntivas. Desta forma inquiridos sobre as potencialidades modeladoras dos processos de adesão, os actores referiram factos que intrincaram no universo das repercussões, assim, a aproximação organizacional foi eleita como promotora da proximidade entre os actores e da articulação reflexiva de teoria e prática, com repercussões em três situações: no desenvolvimento de competências ao nível do saber estar, ser e fazer por parte dos alunos, no desenvolvimento pessoal e profissional por parte de professores e enfermeiros, tanto pela auto-formação como pela interacção de conhecimentos e pela reflexão. Por último referiram os benefícios organizacionais, sustentados na reflexão das práticas pedagógicas e de cuidados, conduzindo muitas vezes à reformulação das mesmas.

Como constrangimentos do processo, foram essencialmente apontadas as pouca interacção ao nível do planeamento operacional, o elevado número de alunos por serviço, dificultando por vezes a imediatez da resposta, também a difusão da responsabilidade foi referida, estando esta última relacionada com a concepção que este actor tem do processo.

Fazendo uma avaliação do encontrado, verificámos que sete em oito dos entrevistados, reconhecem neste modelo de formação potencialidades crescentes, assumindo uma posição favorável em relação ao mesmo, apenas um, elegeu o modelo anterior como favorito, uma vez que na sua perspectiva este promovia a difusão de responsabilidades (Figura n.º 7).

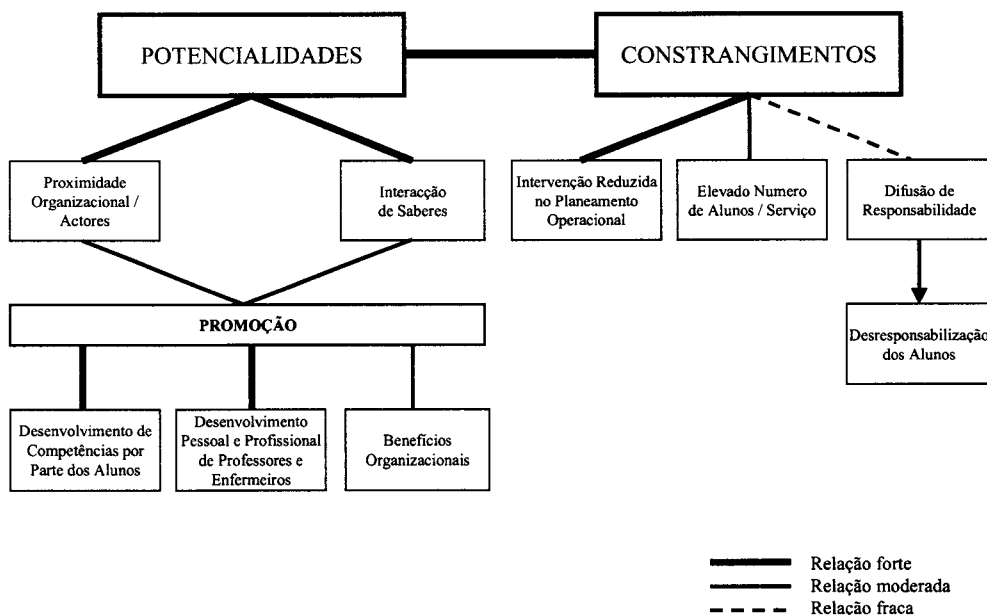


Figura n.º 7 – Potencialidades e Constrangimentos na Encruzilhada das Repercussões

Os resultados desta investigação, colocam em evidência, uma matriz complexa do sistema de acção de professores e enfermeiros, no acompanhamento de alunos em ensino clínico, verificando-se uma perspectiva dicotómica que se mantém ao longo do processo (Fig. 8). Neste sentido concluímos que a lógica de acção colectiva é influenciada à partida pelas representações que os actores têm da própria cooperação e pelo tipo de relações que estabelecem, sendo estas modeladoras do posicionamento e das estratégias adoptadas e conseqüentemente do desenvolvimento do ensino clínico.

Na perspectiva de professores e enfermeiros, qualquer destas posições, intrincadas num jogo de regras, tem repercussões a todos os níveis, interferindo desta forma na matriz sociocultural.

A acção colectiva de uma forma geral, apresenta-se muito próxima da cooperação efectiva, não assumindo um carácter igualitário em todas as fases do processo, nem tal seria adequado segundo a nossa perspectiva.

No entanto, verificámos que embora menos frequente, subjazem ao contexto lógicas que considerámos afastadas da cooperação, assumindo à luz da concepção teórica adoptada um carácter de colaboração, o que distancia o contexto do modelo

de organização promotora da formação e das aprendizagens.

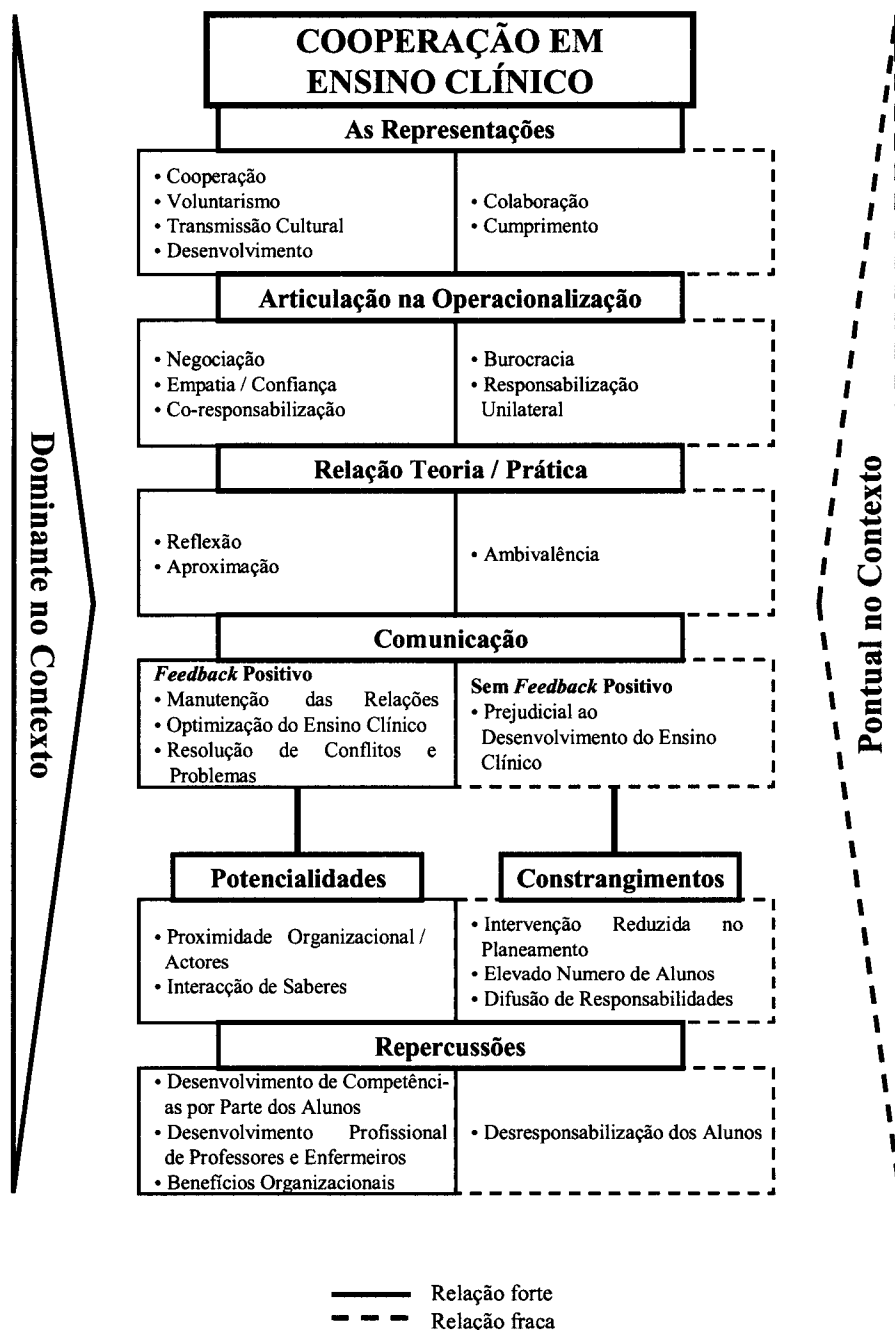


Figura n.º 8 – Cooperação em Ensino Clínico

A compreensão desta realidade restrita, e do sistema de acção, onde é operacionalizado o acompanhamento de alunos em ensino clínico, permite desde já a reflexão, podendo esta ser promotora da mudança alicerçada nas sugestões.

Assim de uma forma muito sintética começámos pelas sugestões avançadas pelo grupo de actores, que agrupámos em duas vertentes. Numa primeira que apelidámos de reformulação, pois os aspectos referidos prendem-se essencialmente com a remodelação do processo. Professores e enfermeiros aludiram à pertinência de uma maior intervenção dos actores do terreno no planeamento operacional do ensino clínico, tendo em vista a optimização de desenvolvimento do mesmo. Foi referenciada a necessidade de formação, tanto em termos de continuidade dos *wokshop* já iniciados, como na integração de novas temáticas. Foi ainda feita alusão á diminuição do número de alunos por serviço, ou então à integração de novos enfermeiros orientadores, no sentido de otimizar o tempo de resposta no acompanhamento de alunos, reforçando assim na nossa perspectiva a necessidade de formação e informação destes novos elementos.

Como aspectos inovatórios, foram sugeridas novas formas de compensação para os enfermeiros orientadores sob a forma de acesso gratuito à formação ou a própria compensação monetária, sendo também realçado o interesse do alargamento desta mesma cooperação a outros campos como o da investigação.

Pela nossa parte resta-nos acrescentar que concordamos com a maioria das sugestões dos actores, salientando a última referida, pois pensamos que o aprofundamento deste estudo noutros contextos, seria uma mais valia para o ensino de enfermagem.

Finalmente, dadas as perspectivas avançadas pelos actores acerca das repercussões do processo, um conjunto de questões desde já se levantam: De que modo este modelo de formação influencia a construção da identidade profissional? Será que é potenciador do desenvolvimento de saberes e competências por parte dos alunos?

Pensamos acima de tudo que é essencial o aperfeiçoamento dos processos de formação, pois só assim poderemos assistir ao desenvolvimento sustentado da profissão, é neste sentido que sugerimos a continuidade destes estudos, sabemos que estes caminhos são difíceis de percorrer, no entanto também estamos conscientes que é este o trajecto, daí o nosso inconformismo e a vontade de prosseguir.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson C.

1997 – “Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros em Contexto de Trabalho Hospitalar”, *in* CANÁRIO, Rui (org.), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora.

ALARCÃO, Isabel; TAVARES, José

1987 – **Supervisão da Prática Pedagógica. Uma Perspectiva de Desenvolvimento e Aprendizagem**, Coimbra: Livraria Almedina

ALMEIDA, Maria; COSTA, António

2000 – “Ensino Politécnico”, *in* COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

AMENDOEIRA, José

2000 – “O Cuidado de Enfermagem que Sentido(s)?”, *in* COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

BARDIN, Laurence

1977 – **Análise de Conteúdo**, Lisboa, Edições 70.

BARROSO, J.

1996 – **Autonomia e Gestão das Escolas**, Lisboa: Ministério da Educação.

BARROSO, João

1997 – “Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional”, *in* CANÁRIO, Rui (org.), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora.

BENTO, Maria; SOUSA, José

2000 – “Pensar e Experimentar a Prática Pedagógica em Ensino Clínico de

Forma a que o Processo Formativo seja Facilitador da Percepção/Construção do Objecto da Disciplina de Enfermagem”, in COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (Org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa: Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

BERNOUX, Philippe

s.d. – **Sociologia das Organizações**, Porto: Rés.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari

1994 – **Investigação Qualitativa em Educação**, Porto, Porto Editora.

BOUCHER, Normand

s.d. – **Bref Tour d’Horizon du Concept des Représentations Sociales** (online). Disponível: http://noemed.univ-rennes1.fr/sisrai/art/representations_sociales1.html (acedido em 2003/02/23).

CANÁRIO, Maria B.

1989 – A Sociologia das Organizações e a Escola, **Aprender**, n.º 9, Novembro.

CANÁRIO, Rui

1997 – **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora.

CASSEL, Catherine; SIMON, Gillian

1994 – **Qualitative Methods in Organizational Research. A Practical Guide**, London: Sage Publications.

CHIAVENATO, Idalberto

1999 – **Gestão de Pessoas. O Novo Papel dos Recursos Humanos nas Organizações**, Rio de Janeiro: Editora Campus.

COLLIÉRRE, Marie. F.

1999 – **Promover a Vida**, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COSTA, António F.

1999 – “A Pesquisa de Terreno em Sociologia”. in **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edições Afrontamento.

COSTA, Maria Arminda

1998 – **Enfermeiros: Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados**, Lisboa: Fim de Século Edições, L.da.

CRAVINHO, João G.

2001 – “Risco Tropical”, **Revista Cooperação**, n.º 1, Ano 01, Novembro.

CROZIER, Michel

1980 – “Mudança Individual e Mudança Colectiva”, *in* KNOKE, A. e colaboradores (editores), **Mudança Social e Psicologia Social**, s.l.: Livros Horizontes.

CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard

1977 – **L’Acteur et le Système**, Paris: Le Seuil.

D’ESPINEY, Luísa

1997 – “Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de Articulação em Contexto de Trabalho”, *in* CANÁRIO, Rui (org.), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y

1994 – **Handbook of Qualitative Research**, Thousand Oaks: Sage Publications.

DUBAR, Claude

1997 – **A Socialização. Construção das Identidades Sociais e Profissionais**, Porto: Porto Editora.

ESPADINHA, Antónia; REIS, Maria

1997 – “A Colaboração Escola/Serviços”, **Nursing**, n.º 114, Setembro.

FIGUEIRA, Eduardo

1987 – **Communication in the Cooperative Extension Service: A Co orientation Approach to Study Rules and Satisfaction of the Communication Interaction in the First-line Leadership Dyads**, Tese de Doutoramento, Madison: University of Wisconsin.

FORMOSINHO, João; FERREIRA, Fernando; MACHADO, Joaquim

2000 – **Políticas Educativas e Autonomia das Escolas**, Porto: Edições ASA.

FORTIN, Marie

1999 – **O Processo de Investigação. Da Concepção à Realização**, Loures: Lusociência.

FRADA, João José Cucio

1994 – **Guia Prático Para Elaboração e Apresentação de Trabalhos**

Científicos, 4.^a edição, Lisboa: Edições Cosmos.

FRANCO, João

2000 – “Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemáticas Específicas e Perspectivas de Actuação”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 1, Fevereiro.

FRIEDBERG, Erhard

1982 – “As Organizações”, in GAZENEUVE, Jean; VICTOROFF, David (org.), **Dicionário de Sociologia**, Lisboa: Verbo.

FRIEDBERG, Erhard

1995 – **O Poder e a Regra. Dinâmicas da Acção Organizada**, Lisboa: Instituto Piaget.

GIDDENS, Anthony

2000 – **Sociologia**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GIL FLORES, Javier

1994 – **Análisis de Datos Cualitativos. Aplicaciones a la Investigación Educativa**, Barcelona: Editora P.P.V.

GONÇALVES, Maria e outros

1995 – “Contributo para uma Articulação Ensino-Exercício: Uma Abordagem Teórica”, **Enfermagem em Foco**, n.º 20, Ano V, Agosto/Outubro.

JARDIM, José

1996 – Informação e Representações Sociais. **Transinformação**, Vol. 8, n.º 1, Janeiro/Abril (on-line). Disponível: <http://www.puccamp.br/~biblio/jardim81.html> (acedido em 2003/02/23).

LESSARD-HÉBERT, Michelle *et al*

1990 – **Investigação Qualitativa. Fundamentos e Práticas**, Lisboa: Instituto Piaget.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith

2001 – **Pesquisa em Enfermagem. Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LONGARITO, Clementina

1999 – **O Ensino Clínico, Dificuldades, Recursos e Profissionalidade**.

Subsídios para uma Abordagem Interactiva, Dissertação de Mestrado, Porto: Universidade do Porto.

LONGARITO, Clementina

2002 – “O Ensino Clínico. A Importância da Orientação e a Construção do Saber Profissional”, **Revista Investigação em Enfermagem**, n.º 5, Fevereiro.

LOUREIRO, Carlos

2001 – **A Docência como Profissão**, Porto: Porto Editora.

LUZ, Maria Luz

1995 – **Formação em Enfermagem. Contexto e Problemas da Dualidade Teoria Prática**, Dissertação de Mestrado em Comportamento Organizacional, Lisboa: I.S.P.A.

MALGLAIVE, Gérard

1997 – “Formação e Saberes Profissionais: Entre a Teoria e a Prática”, *in* CANÁRIO, Rui (org.), **Formação e Situações de Trabalho**, Porto: Porto Editora.

MARQUES, Maria M.

1994 – **A Decisão Política em Educação. O Partenariado Sócio-Educativo como Modelo Decisional. O Caso Das Escolas Profissionais**, Porto: Edições Afrontamento.

MARQUES, Maria M.

2002 – **O Partenariado na Escola** (on-line). Disponível: <http://www.iie.min-edu.pt/biblioteca/ccoge05/> (acedido em 2002/08/23).

MESTRINHO, Maria G.

1997 – “Teoria e Prática uma Relação Possível”, **Sinais Vitais**, n.º 11, Março.

MILES, M.; HUBERMAN, A.

1994 – **Qualitative Data Analysis. A Sourcebook of New Methods**, Newbury Park: Sage Publications.

MORSE, Janice M.

1994 – “Designing Funded Qualitative Research” *in* Denzin, N.; LINCOLN, Y (Editors), **Handbook of Qualitative Research**, Thousand Oaks: Sage Publications.

NYHAN, Barry

1999 – “A Criação de ‘Organizações que Aprendem’. Da Teoria à Prática – A Ligação das Empresas Europeias”, **Formação Profissional**, n.º 126, Janeiro – Abril.

NOGUEIRA, Manuel

1990 – **História da Enfermagem**, Porto: Edições Salesianas.

OLIVEIRA, Silvio

2000 – **Sociologia das Organizações. Uma Análise do Homens e das Empresas no Ambiente Competitivo**, São Paulo: Pioneira.

PALMEIRO, Maria F.

1995 – **Formação e Práticas Profissionais dos Enfermeiros no Contexto de um Centro de Saúde**, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

PETIT, François; DUBOIS, Michel

2000 – **Introdução à Psicossociologia das Organizações**, Lisboa: Instituto Piaget.

PINHEIRO, Maria J:

1999 – **A Vida e a Morte de Recém Nascidos em Unidades de Neonatologia – Experiências das Mães e dos Profissionais de Saúde**, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora.

PINTO, Cidália

1997 – “Ligação Escola/Organizações de Saúde” – **Enfermagem em Foco**, n.º 27, Ano VII, Maio/Julho.

POLIT, Denise F.

1991 – **Investigacion Cientifica em Ciências de la Salud**, México: Interamericana.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van

1992 – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Editora Gradiva.

RICHARDSON, Robert Jarry e colaboradores

1989 – **Pesquisa Social. Métodos e Técnicas**, São Paulo: Editora Atlas S.A.

RODRIGUES, Fernanda; STOER, Stephen

1998 – **Entre Parceria e Partenariado. Amigos Amigos, Negócios à Parte**, Oeiras, Celta.

RODRIGUES, Maria João

1998 – **Competitividade e Recursos Humanos**, Lisboa: Publicações D. Quixote.

SAINSAIEU, Renaud

1997 – **Sociologia da Empresa. Organização Cultura e Desenvolvimento**, Lisboa: Instituto Piaget.

SANTOS, Nuno R.

1999 – **Identidade e Cooperação: Individual e Colectivo em Contextos Organizacionais**, Tese de Doutoramento, Évora: Universidade de Évora.

SCHÖN, Donald

1992 – **La Formación de Profesionales Reflexivos**, Barcelona: Ediciones Paidós.

SÉRIEUX, Hervé

1995 – **O Big Bang das Organizações**, Lisboa: Instituto Piaget.

SILVA, António

1990 – **Novo Dicionário Compacto da Língua Portuguesa**, Volume II, MemMartins: Editorial Confluência.

SILVA, Carlos A.

2001 – **(Re)Pensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem. Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo**, Tese de Doutoramento, Évora: Universidade de Évora

SOUSA, Mariana D.

1983 – “Evolução do Ensino de Enfermagem em Portugal nos Últimos 25 Anos”, **Servir**, n.º 31, Ano II.

STAKE, Robert E.

1998 – **Investigación con Estudio de Casos**, Madrid: Ediciones Morata.

VALA, Jorge

1999 – “Análise de Conteúdo”, *in* Silva, Augusto; Pinto, José, **Metodologia das**

Ciências Sociais, Porto: Edições Afrontamento.

YIN, Robert

1994 – **Case Study Research. Design and Methods**, 2.^a edição, Thousand Oaks: Sage Publications.

ZAY, Danielle

1997 – **A Parceria na Educação e na Formação. Emergência de uma Noção Transnacional ou de um Novo Paradigma**, Coimbra: IV Encontro – Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação.

ZAY, Danielle

2000 – “Desenvolvimento das Parcerias: Responsabilidades no Ensino e na Formação”, in COSTA, Maria; MESTRINHO, Maria; SAMPAIO, Maria (org.), **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação. Balanço de um Projecto**, Lisboa, Ministério da Saúde – Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

LEGISLAÇÃO

PORTUGAL, Assembleia da República. **Lei n.º 46/86**. Lei de Bases do Sistema Educativo. “Diário da República”, Lisboa, I Série, n.º 237, 14 de Outubro de 1986, p. 3067-3081.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Decreto-Lei n.º 480/88**. Estabelece a Integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico. “Diário da República”, Lisboa, I Série, n.º 295, 23 de Dezembro de 1988, p. 5070-5072.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Gabinete do Secretário de Estado Adjunto. **Despacho 8/90**. “Diário da República”, Lisboa, II Série, n.º 64, 17 de Março de 1990, p. 2706.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. **Lei n.º 48/90**. Lei de Bases da Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série, n.º 195, 24 de Agosto de 1990, p. 3452-3464.

PORTUGAL, Ministério da saúde. **Decreto-Lei n.º 11/93**. Estatutos do Serviço Nacional de Saúde. “Diário da República”, Lisboa, I Série-A, n.º 12, 15 de

Janeiro de 1993, p. 129-134.

PORTUGAL, Ministério da Educação. **Portaria n.º 799-D/99**. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. “Diário da República”, Lisboa, I Série-B, n.º 219, 18 de Setembro de 1999, p. 6510(2)-6510(3).

ANEXOS

Anexo I – Autorização da Organização Escolar para a Realização do Estudo

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

Entrada N.º 958

Em 2002/09/12

Proc.º 0180

Ex.ma Senhora

Presidente do Conselho Directivo

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Trabalho de Campo

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, mestrando em Sociologia na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar a V.Ex.ª autorização para realizar trabalho de campo a partir da segunda quinzena de Setembro de 2002 nesta instituição.

Tratando-se de uma investigação subordinada ao tema *A Cooperação Organizacional na Formação em Enfermagem – O Caso do Ensino Clínico*, pretendo entrevistar os professores responsáveis pelo acompanhamento de alunos nos ensinos clínicos de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano lectivo de 2001/02.

Solicita ainda que lhe sejam cedidos os documentos orientadores dos mesmos e os respectivos relatórios para utilização na investigação.

De referir que os resultados serão dados a conhecer a V. Ex.a através do envio da respectiva dissertação de mestrado.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.a puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 2 de Setembro de 2002

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

(Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco)

Atenciosamente
das 6:30
Cópia de documentos de
Enfermagem e Medicina
16/9/2002
(Bulfin)

Anexo II – Autorização da Organização de Saúde para a Realização do Estudo

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco

OCF Alameda
2002/09/12
(Directora do Hospital) (Administração)
(Directora Clínica) (Enfermeiro)

Nada a opôr.

fo C.A. para que se pronuncie Ex.mo Senhor
2002/09/12
Oliveira
Enfermeiro Director

(Enfermeiro Director)

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Trabalho de Campo

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco, mestrando em Sociologia na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar à Administração deste Hospital autorização para realizar trabalho de campo a partir da segunda quinzena de Setembro de 2002 nesta instituição.

Tratando-se de uma investigação subordinada ao tema *A Cooperação Organizacional na Formação em Enfermagem – O Caso do Ensino Clínico*, pretendo entrevistar os enfermeiros orientadores que ao abrigo do Protocolo de Cooperação existente entre a Escola Superior de Enfermagem e este Hospital, participaram nas actividades pedagógicas decorrentes dos ensinamentos clínicos de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica no ano lectivo de 2001/02.

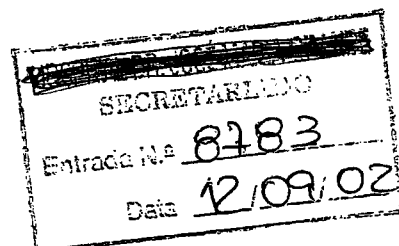
Os resultados serão dados a conhecer a V. Ex.a através do envio da respectiva dissertação de mestrado.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.a puder dispensar ao assunto.

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 2 de Setembro de 2002

Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco



(Helena Maria de Sousa Lopes Reis do Arco)

Anexo III – Guião da Entrevista

ENTRE A LÓGICA ORGANIZACIONAL E AS ESTRATÉGIAS DOS ACTORES

O CASO DA COOPERAÇÃO NA ORIENTAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Guião da Entrevista aos Actores Intervenientes na Cooperação em Ensino Clínico (Professores e Enfermeiros)

Dimensões analíticas	Questão principal	Questões secundárias
D1–Modelo de cooperação <u>Objectivo 1</u> Caracterizar o modelo de cooperação	P1–O que representa para si cooperar? P2–Como se encontra envolvido no processo de cooperação?	P1.1–O que significa para si cooperar? P2.1–Qual a sua percepção acerca da cooperação estabelecida entre a escola e o hospital? P2.2–Como se encontra envolvido nesta cooperação? P2.3–Quais os motivos que o levam a cooperar (objectivos e finalidades)? P2.4–Na sua opinião como se caracteriza a comunicação estabelecida entre os actores?
D2–Cooperação em ensino clínico – práticas e estratégias dos actores <u>Objectivo 2</u> Identificar as práticas e estratégias mobilizadas pelos actores na operacionalização da cooperação em E.C.	P3–Para Crozier <i>“toda a relação entre duas partes pressupõe trocas e adaptação de uma à outra”</i> (1984) de uma forma geral como caracteriza a relação entre professores e enfermeiros em E.C.? P4–Qual o seu papel na orientação de alunos em E.C.?	P3.1–Como se articula com o professor / enfermeiro na orientação de alunos em E.C.? P3.2–Como caracteriza a cooperação na orientação de alunos? P3.3–Pode descrever algumas situações que ilustrem essa cooperação? P3.4–Sente-se co-responsável pela orientação e resolução de problemas que possam surgir? Justifique. P4.1–Qual o seu papel nas diversas fases do E.C. (planeamento, orientação e avaliação)? P4.2–Como caracteriza o seu desempenho e o do Professor / Enfermeiro? P4.3–Como encara a relação entre teoria e prática?

Dimensões analíticas	Questão principal	Questões secundárias
<p>D3–Potencialidades e constrangimentos da cooperação</p> <p><u>Objectivo 3</u></p> <p>Identificar sob o ponto de vista dos professores e enfermeiros as potencialidades e constrangimentos da cooperação estabelecida em ensino clínico</p>	<p>P5–Quais as potencialidades da cooperação estabelecida para orientação de alunos?</p> <p>P6–Quais os constrangimentos?</p>	<p>P5.1–Quais os pontos fortes? Justifique.</p> <p>P6.1–Quais os pontos fracos? Justifique.</p>
<p>D4–Repercussões da cooperação na orientação dos alunos e nas aprendizagens</p> <p><u>Objectivo 4</u></p> <p>Identificar as percepções dos professores e enfermeiros face à influência da cooperação nas aprendizagens realizadas no contexto do E.C.</p>	<p>P7–Na sua perspectiva quais as repercussões desta cooperação na orientação e nas aprendizagens realizadas pelos alunos?</p> <p>P8–Na sua opinião de que forma esta estratégia influencia o desenvolvimento dos envolvidos?</p>	<p>P7.1–Na sua perspectiva que influência terá na qualificação e desenvolvimento de competências por parte dos alunos?</p> <p>P8.1–Até que ponto as estratégias formativas contribuem para a aquisição de conhecimentos e competências por parte de professores e enfermeiros?</p> <p>P8.2–No ensino clínico existe reflexão sobre as práticas e troca de conhecimentos entre os intervenientes?</p> <p>P8.3–Esta reflexão proporciona oportunidades de formação para todos os envolvidos? Que consequências daí resultam? Justifique.</p> <p>8.4–Quer dar alguma sugestão ao nível individual e/ou institucional que contribua para a melhoria da operacionalização da estratégia de cooperação?</p>
<p>D5–Dados biográficos</p> <p><u>Objectivo 5</u></p> <p>Identificar o entrevistado</p>	<p>P9–Sexo.</p> <p>P10–Idade</p> <p>P11–Habilitações profissionais.</p> <p>P12–Categoria.</p> <p>P13–Tempo de serviço</p> <p>P14–Frequentou o <i>Workshop</i> de orientação em E.C.?</p>	

Anexo IV – Matriz de Síntese da Análise Documental

MATRIZ DE SÍNTESE DA ANÁLISE DOCUMENTAL

Temas / Categorias	Envolvimento das Organizações no Processo de Cooperação		Estratégias de Operacionalização do Processo de Cooperação em Ensino Clínico			Repercussões da Cooperação em Ensino Clínico
	Directrizes	Finalidades / Objectivos	Planeamento	Orientação	Avaliação	
Documentos						
Protocolo (D1)	X	X	X	X	X	-
Guia Orientador do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem (D2)	X	-	-	X	X	-
Guia Orientador do Ensino Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica (D3)	-	-	-	X	X	-
Relatório do Ensino Clínico de Fundamentos de Enfermagem (D4)	X	X		X	X	X

Anexo V – Matriz de Codificação Global das Entrevistas

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL DAS ENTREVISTAS

TEMAS

<p align="center">Processo de Cooperação Contextualização e Representações dos Actores</p>	<p align="center">Operacionalização do Processo de Cooperação - Práticas e Estratégias dos Actores</p>	<p align="center">Repercussões do Processo de Cooperação – Ensino Clínico Um contexto de Cooperação e Desenvolvimento de Saberes</p>
<p>CRA – Cooperação – Representações dos Actores EPC – Envolvimento no Processo de Cooperação OFC – Objectivos e Finalidades</p>	<p>RTP – Relação Teoria/Prática- As Práticas dos Actores APE – Articulação Professor/Enfermeiro Orientador CCS – Cooperação/Conflito de Saberes PAF – Papel dos Actores nas Diversas Fases (planeamento, orientação e avaliação) CEC – Comunicação como Estratégia de Cooperação PCC – Potencialidades e Constrangimentos da Cooperação POT – Potencialidades CON – Constrangimentos</p>	<p>RAA – Repercussões da Cooperação nas Aprendizagens dos Alunos RPE – Repercussões no desenvolvimento de Professores e Enfermeiros SMC – Sugestões para Melhoria da Operacionalização da Cooperação</p>

Anexo VI – Matriz de Codificação Global dos Documentos

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL DOS DOCUMENTOS

TEMAS

**Envolvimento das Organizações no
Processo de Cooperação**

DPC – Directrizes do Processo de Cooperação
OFC – Objectivos e Finalidades da Cooperação

**Estratégias de Operacionalização do Processo
de Cooperação em Ensino Clínico**

OPC –Operacionalização do Processo de Cooperação
OPP – Operacionalização da Programação/
Planeamento
OPO – Operacionalização da Orientação/
Acompanhamento
OPA – Operacionalização da Avaliação

Repercussões do Processo de Cooperação

RPC – Repercussões da Cooperação

Anexo VII – Matrizes de Análise das Entrevistas

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Processo de Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores -

Entrºs	CRA – Cooperação – Representações dos Actores
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar é colaborar com.• Cooperar tem a ver com participar na formação prática desses alunos e na orientação do dia a dia dos estágios.• A cooperação depende também muito dos actores que são envolvidos, (...) a maneira como depois surge a cooperação, a profundidade dessa cooperação, a forma mais livre ou mais moderada de como a cooperação se desenvolve.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar é, (...), um dar e um receber, o entendimento entre duas partes.• Neste caso em relação à escola, a cooperação que tenho tido tenho-a considerado positiva, pelo entendimento que tenho estabelecido com os professores que vêm para o serviço onde eu tenho estado com os alunos, (...) tem havido um entendimento recíproco.• Como tudo sempre, há coisas a limar, coisas a reflectir e a pensar e a dizer-mos.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar será actuar sobre uma determinada realidade e um determinado contexto, actuar de uma forma articulada e em conjunto com os diversos actores, (...), com vista a, com essa actuação conjunta, atingir determinados objectivos comuns.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar significa para mim, estabelecer uma relação para atingir um determinado fim, que seja comum a ambas as partes executantes.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none">• Cooperação é (...), uma ligação entre dois profissionais, neste caso com objectivos comuns e que irão (...), desenvolver uma determinada actividade tendo que obedecer a princípios que forem nomeados ou o objectivo pretendido por eles.• Terá que haver um conhecimento mínimo entre as pessoas.,• Passa pela responsabilidade de parte a parte de cada um.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar pode ser uma troca, (...), uma simbiose.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar é organizarmos intervenientes num determinado processo, onde todos dêem o seu contributo e que todos ao fim e ao cabo se proponham atingir o mesmo fim.• Neste caso será haver uma relação de ajuda, (...), entre a instituição onde estamos a efectuar o E.C. e a própria escola.• É unir esforços no sentido de conseguirmos ambos o mesmo objectivo.

Entrºs	CRA – Cooperação – Representações dos Actores
Prof. E	<ul style="list-style-type: none">• Cooperar (...), para mim representa partilha de alguma coisa, comunicar interagir, É um dar e receber de conceitos, de comportamentos, de atitudes. É uma interacção que é estabelecida, pelo menos, com duas pessoas para que determinado percurso seja benéfico, (...), para que haja de facto, uma grande finalidade atingida.• Tem que haver um dar e receber reciproco, tem que haver partilha, tem que haver comunicação, tem que haver interacção, tem que haver interajuda.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Processo de Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores -

Entrºs	EPC – Envolvimento no Processo de Cooperação
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• A determinada altura, foi entendido, após a existência do protocolo entre a escola e o hospital, foi definido de uma forma mais concreta que em todos os serviços haveria alguém que servia como elemento de ligação com... durante o estágio dos alunos.• A Enfermeira Chefe do serviço, em conjugação com o Enfermeiro Director da altura, entendeu por bem que neste serviço seria eu. Nesse sentido acabei por me envolver no processo dos estágios.• Encontro-me voluntariamente envolvido. Portanto fui convidado, perguntaram-me se eu queria fazer este tipo de trabalho.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Primeiro a enfermeira chefe falou comigo, se eu estaria receptivo ou não a colaborar com a escola e os ensinios clínicos, se estaria receptivo a estar com os alunos. Eu disse que sim e tenho estado sempre empenhado o máximo possível, para cooperar o melhor possível.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none">• O Enfermeiro Chefe terá que ser sempre um elemento privilegiado nessa articulação.• Na altura não tinha um elemento(...), de horário fixo que pudesse garantir-me essa articulação e essa cooperação de uma forma eficaz, assumi eu essa função.• De um modo geral as pessoas neste tipo de processo são pessoas que estão disponíveis e que têm até já alguma formação de base.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none">• A dificuldade que há em haver pessoal na escola para poder acompanhar alunos durante todo o turno, durante as oito horas que os alunos ficam no hospital.• Há hoje em dia, há pelo menos teorias e há pelo menos pessoas que neste momento pensam que os alunos devem estar no hospital acompanhados pelos enfermeiros do hospital.• Esse enfermeiro que o está a acompanhar directamente (ao aluno), (...) já começou a olhar para aquele enfermeiro um pouco se calhar como modelo.• É muito melhor ser o enfermeiro do hospital, o cooperante digamos assim, a ajudar o aluno do que o próprio professor, porque está com muito mais destreza, está com muito mais ritmo, está dentro da prática e o professor da escola, muitas vezes essa prática vai-se perdendo.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none">• Considero que a cooperação, nomeadamente em termos de E.C. é extremamente importante.• Frequentemente, os docentes têm muitas actividades, às vezes continuam com aspectos teóricos, mesmo no aspecto de projectos e tudo isso, (...) há muitas actividades paralelas.

Entrºs	EPC – Envolvimento no Processo de Cooperação
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • Em termos do envolvimento nessa cooperação, (...), considero uma parte integrante do processo de cooperação pela forma como nós realizamos os ensinamentos clínicos, ficamos responsáveis por determinados serviços, nós digamos que somos, da parte da escola, quem vai dar uma parte dessa cooperação. • Sou um dos elementos e sinto-me perfeitamente envolvido nesse processo de cooperação.
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • O processo de cooperação entre a escola e o hospital parte de um pressuposto legal, que é definido pelo protocolo de actuação, em que parte-se por aí que tem que haver uma partilha, tem que haver uma colaboração entre as duas instituições. • Esse é o pano de fundo, que faz com que nós escola levemos os alunos para lá, o hospital assume o compromisso de receber os alunos, em E.C., (...), antes de qualquer E.C. nós partimos desse pressuposto.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Processo de Cooperação – Contextualização e Representações dos Actores -

Entrºs	OFC – Objectivos e Finalidades
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Eu penso que em termos curriculares é importante podermos dizer que colaboramos na formação de futuros colegas nossos.• Eu sempre gostei muito de fazer formação como formador.• O que me levou a cooperar é por um lado a perspectiva do meu próprio desenvolvimento curricular e por outro lado, porque penso que de facto podia, de alguma forma, ter algo a dar a essas pessoas, a dar no sentido de oferecer, em termos de conhecimento, em termos de forma de estar, às pessoas que estão de facto, a começar a traçar o que vai ser o seu perfil a nível profissional.• Nós acabamos por ser modelos, (...), há uma série de saberes adquiridos, de conhecimentos que se vão aprofundando com os aspectos práticos e que acabam por, como às vezes são transmitidos implicitamente, outras vezes pela própria maneira de estar, pela maneira como nos relacionamos com o utente. Acabam por servir como, de facto, como modelo e que se pode dizer que são uma cultura da profissão.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Eu tenho uma experiência profissional de onze anos, em que já passei por variadíssimos serviços, e em termos práticos adquiri conhecimentos que eu penso bons da prática de enfermagem.• Eu também já fui aluno, e gostei de ter alguém mais velho, alguém que me mostrasse a maneira de fazer as coisas, como modelo, é isso que eu pretendo transmitir.• Gosto de estar com alunos, (...) motiva-me, (...) sinto-me satisfeito e valorizado.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none">• Há uma proximidade de objectivos, (...), à uma predisposição natural para os enfermeiros gostarem e, até, se disponibilizarem para participar na formação de futuros colegas.• Vontade e até com algum gosto pessoal.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none">• Permite por os alunos numa situação de aprendizagem para a qual têm duas vertentes. A vertente teórica, por parte dos professores da escola, e a vertente prática, que acontece no dia a dia através dos enfermeiros que estão a cooperar.• Para mim os objectivos têm a ver com a melhor aprendizagem dos alunos.• Porque são aqueles que têm as vivências, são aqueles que estão no terreno, digamos, todos os dias, as situações novas são lá que aparecem.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none">• A cooperação é importante porque nós estamos aqui fechados na escola e realmente há coisas que nos vão ultrapassando
Prof. D	<ul style="list-style-type: none">• Tem a ver, essencialmente, esse objectivo com uma boa formação dos alunos.

Entrºs	OFC – Objectivos e Finalidades
Prof. E	<ul style="list-style-type: none">• Uma segurança de que temos uma instituição que nos permite dar continuidade ao percurso formativo dos nossos alunos, (...) eles formam-se aqui em termos teóricos e depois precisamos de um campo prático para dar continuidade ao percurso, o hospital assume esse compromisso de receber alunos.• Ver o orientador a trabalhar, ver os enfermeiros do terreno a trabalhar, trabalham com eles, porque eles são socializados com aquelas pessoas, eles não são socializados comigo, os pares deles são os enfermeiros do terreno.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Operacionalização do Processo de Cooperação – Práticas e Estratégias dos Actores -

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	APE – Articulação Professor/Enfermeiro Orientador
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Às vezes passa pelo facto de um não estabelecimento de relações, não tanto pelo conflito, mas pela ausência de relacionamento empático que é dificultador daquilo que é a organização e desenvolvimento de um campo de estágio (...) e assim acaba por não haver cooperação.• O que acontece quando surge esse tipo de situações é que os estágios acabam por ter uma rigidez muito maior (...) temos que nos socorrer da documentação que estabelece a relação em campo de estágio.• O jogo de poderes reflecte-se, não se deveria reflectir mas reflecte-se, no tipo de relacionamento que se consegue ou não estabelecer durante os estágios. Tenho experiências menos agradáveis mas de uma forma geral posso dizer que tenho conseguido estabelecer uma boa relação, (...) de se tentar criar uma relação de grande confiança e de grande abertura.• Eu penso que muito dificilmente se consegue que um determinado grupo de alunos tenha um campo de estágio que seja frutuoso e enriquecedor, em termos pedagógicos, para eles se não houver entre o professor e os profissionais do serviço, e especificamente com a pessoa do serviço que está a acompanhar mais os alunos, uma relação de empatia e de confiança.• Quando há uma relação de empatia e confiança eu sinto-me um pouco responsável pela resolução desses problemas, agora quando falamos dos tais casos mais específicos, em que não se estabelece uma relação de confiança e somos extremamente burocráticos, eu sinto-me muito menos responsável, (...) sinto-me co-responsável quando há uma relação de confiança e empatia.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Temos uma relação de confiança muito grande um com o outro, em que estamos plenamente à vontade para eu expor todos os problemas que possam acontecer, como ele a mim.• Conseguimos esse tal entendimento, trabalhamos assim, é a maneira de funcionar e temos dado bem.• Eu sou responsável por eles do primeiro dia ao último dia.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	APE – Articulação Professor/Enfermeiro Orientador
Enf. C	<ul style="list-style-type: none"> • Qualquer relação em que há diferentes tipos de actores envolvidos terá que haver sempre cedências, (...) ambas as partes têm que se adaptar uma à outra, (...) se as duas partes funcionam de uma forma muito rígida, as coisas poderão ter tendência a não correr tão bem. • Eu enquanto enfermeiro chefe sinto-me, neste caso e enquanto colaborante com a escola na realização dos ensinamentos clínicos no serviço onde estava, sinto-me sem dúvida nenhuma co-responsável.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Uma negociação, (...) pela relação entre as pessoas, andamos por ali para nos respeitarmos e falamos sobre as coisas naturalmente. • Tem a ver com a organização, tendo também em conta aquilo que são os princípios da organização e de como as coisas poderão ser resolvidas. • Existe um respeito prévio entre nós, penso que isso é importante, e confiança. • Essa articulação, ela é previamente combinada. Eu tenho um papel, ele também tem um papel, que é um papel fundamental dentro do hospital, naturalmente. Em termos depois da aprendizagem do aluno, da sua orientação, são lançadas previamente essas tais linhas orientadoras e procuramos levá-las sempre a efeito. • Eu tenho um papel mais na orientação ao nível dos alunos e desse tal orientador e ele tem como responsabilidade, (...) orientar também os alunos de acordo com aquilo que é a realidade. • Nós tirando os períodos em que estamos a dar aulas, temos sempre o cuidado de estar sempre presentes e funcionamos como “uma equipazinha”.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Por vezes tendemos uma dupla tutela, onde não se sabe muito bem onde começa a fronteira do docente e termina e onde começa, precisamente, a do profissional, do local de serviço.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • Nós vamos cooperar com os enfermeiros dos serviços, no sentido de definir os objectivos do E.C., como é que esse E.C. vai decorrer, qual vai ser a metodologia de avaliação. • O que se pretendia é que houvesse uma interacção desde o início, mas isso não acontece, normalmente o que acontece é que há uma predominância da parte da escola. • As relações que existem, tem a ver com o facto dos docentes desta escola, praticamente terem trabalhado no hospital e eu penso que muitas vezes essas relações que se estabelecem nem sempre são formais. Há um certo à vontade, há uma maneira facilitada de ver as coisas e que muitas vezes não é satisfatória. • (No que diz respeito à co-responsabilização) penso que há alguns que se sentem.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	APE – Articulação Professor/Enfermeiro Orientador
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Todo o papel do orientador é feito, ele trabalha com os alunos. (...) O meu papel é supervisionar todo este percurso interagindo, (...) tentando perceber situações (...) que imponham de alguma forma a necessidade de reflexão entre aquilo que é a prática, as situações práticas e aquilo que é teórico. • (Co-responsabilização e co-orientação) Sim, acho que sim. • As coisas são postas naqueles termos e imediatamente nós arranjam ali a solução. • Este processo, (...) todo ele vive à custa desta personagem que é o orientador do terreno, com quem nós estabelecemos de facto fortes interacções.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Operacionalização do Processo de Cooperação – Práticas e Estratégias dos Actores -

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	CCS – Cooperação/Conflito de Saberes
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Os professores da escola funcionam muito mais como modelos, em termos teóricos, (...) mas depois, nos campos de estágio, os profissionais que estão a colaborar directamente com os estágios, (...) acabam por funcionar, também como modelos.• Não haver uma relação de confiança, muito dificilmente esses objectivos serão atingidos (Objectivos do E.C.), com um prejuízo muito grande, em termos daquilo que é a aprendizagem dos alunos, daquilo que é a ambiência e aquilo que é tão importante, servirmos de modelos, tudo isso num estágio destes fica muito mais diminuído. Fica muito mais reduzido à aplicação de uma série de técnicas junto do doente, (...) quando não há cooperação somos demasiado rígidos, (...) não há aquela flexibilidade.• (Em casos de cooperação) Quando surge algum aspecto nós tentamos que esse tipo de dúvidas depois sejam resolvidos pelo orientador e pelo professor.• As teorias de enfermagem têm aspectos muito diversos, e há vertentes que são mais valorizadas na escola e outras são mais valorizadas na prática (...) é preciso ter um certo cuidado.• A escola ensina como deve ser no sentido que está mais próximo da teoria de enfermagem e os hospitais, os serviços dos hospitais, estão mais próximos daquilo que é a realidade. Tem que haver espaço ai também, e isso tem a ver com a tal relação de confiança e empatia que se estabelece com o professor e o orientador, tem que haver ai espaço para que o aluno possa aproximar-se o mais possível da teoria.• Entre teoria pura e teoria aplicada a uma determinada realidade há diferenças. (...) O que acontece muitas vezes é que as pessoas que estão nas escolas, e fico sempre muito contente quando vejo para lá entrar sangue novo, as pessoas que estão nas escolas, muitas vezes estão também muito afastadas daquilo que são as realidades dos serviços.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	CCS – Cooperação/Conflito de Saberes
Enf. B	<ul style="list-style-type: none"> • (Relação teoria/prática) isto há muita coisa que muitas vezes teoricamente está muito bem, mas depois quando passamos à prática é um bocado mais complicado. (...) eu tento, faço da minha prática diária estar o mais possível ligado à teoria, ou seja, não quero que os alunos quando aqui estão que sintam que há um desfasamento muito grande entre teoria e a prática. • Claro na prática é sempre comigo. E eu estou sempre em contacto permanente com ele, para não haver nunca nenhum desfasamento entre a prática e a teoria, e então eu acho isso muito positivo. Tenho-me tentado manter sempre o mais actualizado possível, para não haver discrepância entre a prática e a teoria que eles aqui dão, e temos mantido ali um elo muito forte e temos conseguido fazer isso. • Em relação aos planos de cuidados, nós, mando-lhe fazer os planos de cuidados, um plano novo feito por eles, e depois ai eu e o professor, os dois, debatemos tudo aquilo tudo conforme foram dados toda a teoria e depois com a prática, confrontamos os alunos, e reunimo-nos todos e conseguimos estabelecer ali uma maneira que os alunos percebam o que é a teoria, o que é a realidade, e de arranjar a maneira o melhor possível de fazer tudo aquilo. • Tento encurtar essa discrepância o máximo possível entre a teoria e a prática, mas muitas vezes ela existe, existe esse fosso e então para colmatar esse fosso nós eu e alunos e professor envolvidos nós discutimos.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none"> • As partes tendem a adaptar-se uma à outra. • Na eterna questão e que há de ser sempre eterna entre a diferença entre teoria e prática. Nós sabemos que os alunos na escola são sujeitos a várias disciplinas teóricas, em que lhes é ensinado, em que aprendem diversas formas de ser e de estar e de agir, mas depois são confrontados, realmente no hospital com situações que enfim, não corresponderão, (...) não corresponderão aquela pureza, digamos assim que lhes é ensinado na escola. Eu penso que aqui (...)o professor que acompanha os alunos, ele terá que funcionar junto dos alunos como filtrando estas formas de actuar, ajudando-os também a reflectir.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As práticas dos Actores
	CCS – Cooperação/Conflito de Saberes
Prof. A	<ul style="list-style-type: none"> • De uma forma geral a posição quer do hospital (enfermeiros), quer dos professores da escola ajusta-se e chega-se a um consenso dentro daquilo que é o objectivo que está traçado ou delineado para os alunos em E.C.. • Temos que jogar as coisas de maneira que haja um confronto, mas que esse confronto, mas que esse confronto resulte numa situação positiva para a aprendizagem do aluno. • Como há uma grande relação ou uma relação próxima do professor e do enfermeiro cooperante, há sempre conclusões a tirar dessa cooperação, dessa forma de pensar que cada um tem, até em termos depois de prática que vamos, escolhendo o melhor caminho para o aluno seguir. • Muitas vezes há situações em que nós temos que pensar, vamos ver o que se passa, vamos juntar ideias, vamos conversar, vamos ver para podermos dar o melhor encaminhamento à situação. • Porque para podermos estar os dois ao mesmo nível no dia a dia, não estar eu a dizer uma coisa ao aluno e o enfermeiro estar a dizer outra coisa, (...) bom tem que haver uma certa conciliação de ideias, (...) entre aquilo que é dito em termos teóricos e aquilo que é praticado pelo próprio enfermeiro que está e é responsável. Faz-se uma reflexão sobre esses aspectos muitas vezes.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Porque nem sempre aquilo que nós muitas vezes dizemos aos alunos, a maneira como nós os preparamos, não é bem depois, a realidade que por vezes foge aquilo que é a teoria, naturalmente. • Nós aqui em termos teóricos damos uma visão ao aluno daquilo que está escrito, depois na prática nem sempre as coisas são assim. • Há sempre necessidade de estabelecer uma ponte em relação a esses aspectos. • Primeiro chamo os alunos, e depois normalmente falo também com o enfermeiros.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Teoria e prática, o problema da Escola de Enfermagem, desde sempre, era precisamente haver, digamos uma <i>décalage</i> entre teoria e prática, estamos a falar nomeadamente em determinado tipo de técnicas que frequentemente a escola dava com todos os pormenores e, depois na prática verifica-se que nem sempre assim é. • È minha política, dentro do possível, também não entrar em conflito, (...) sou capaz de falar com o orientador.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	CCS – Cooperação/Conflito de Saberes
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • Nós em termos da escola estamos muito virados para a parte teórica e o hospital está muito virado para a parte prática, (...) sai há pouco tempo do exercício, de maneira que eu neste momento tenho uma grande facilidade em relacionar a teoria com a prática, e quando estou a leccionar determinado conteúdo, tenho sempre a preocupação de ter a prática por traz. • Muitas vezes o que acontece tem muito mais a ver com determinados hábitos criados pelos enfermeiros, (...) não é que estejam errados, o que acontece é que pela prática que já têm criam determinados hábitos que ultrapassam determinados passos da teoria.
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Confrontar os alunos com a necessidade de reflectir e perceber o contexto da prática à luz da teoria, à luz de princípios científicos, (...) eu no meu entender acho que isto permite uma aproximação muito grande entre a teoria e a prática, (...) estas reflexões são imprescindíveis para de facto haver uma aproximação entre estes dois mundos. • Eu não acredito que haja enfermeiros que a praticar, a prestar cuidados, que não tenham em conta os princípios científicos, eles têm é necessidade de facto, de fazer a prática de acordo com determinados recursos, com determinada realidade, e é imprescindível que os alunos entendam isso e entendam que de facto apesar de haver diferenças, essas diferenças são contextualizadas. • Há uma permuta permanente entre aquilo que é teoria e aquilo que é prático, e as reflexões sobre a mesma e na mesma. • Vamos resolvendo os conflitos que possam existir, os constrangimentos, as dificuldades do dia a dia, não é e vamos resolvendo de uma forma perfeitamente informal.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Operacionalização do Processo de Cooperação – Práticas e Estratégias dos Actores -

Entr°s	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	PAF – Papel dos Actores nas Diversas Fases (planeamento, orientação e avaliação)
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• No planeamento do ensino, não, normalmente não participamos. Tenho participado (...) não no planeamento estratégico mas no planeamento operacional.• No planeamento operacional, participo, normalmente junto até no primeiro dia de estágio (...), com o professor que vem com aquele grupo de alunos, e pensamos como, nos vamos orientar.• O planeamento geralmente centra-se nele (professor), na orientação é que temos um papel, digamos, mais visto• Nos aspectos que se relacionam com aspectos práticos, acabamos por ser nós praticamente a dar as orientações. Em relação aos aspectos teóricos, como normalmente, quando é altura dos alunos organizarem registos os professores estão, o contributo deles é muito maior.• Em relação à avaliação, embora isso também dependa da tal relação de confiança, que se estabelece entre professor e orientador, (...) é que os professores quando começam a querer organizar os seus elementos de avaliação, para aquele aluno, costumam falar com o orientador.• Eu trabalho melhor com os professores que gostam de fazer aquelas reuniões intermédias, (...) que servem para perceber como é que está a correr aquele estágio.• Embora a mim me pareça, e acho perfeitamente correcto, que a responsabilidade máxima é da escola e do professor, que a ultima palavra dentro da avaliação é obviamente, e eu acho isso correctíssimo, é do professor que está naquele campo de estágio.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	PAF – Papel dos Actores nas Diversas Fases (planeamento, orientação e avaliação)
Enf. B	<ul style="list-style-type: none"> • Eu acho que essa parte fica mais na escola, delinear os objectivos que pretendem para este estágio, acho que a minha parte é outra, na operacionalização talvez, (...) haver essas reuniões, porque fala-se muito, mas depois só dizem “Olha dia tal vão tantos alunos fazer estágio”. • Não é meu objectivo, não é minha pretensão estar a delinear ou a traçar os objectivos do estágio. Não isso não me compete a mim, eu quero é haver um envolvimento, haver reuniões antes, haver uma conversa. • Eu sempre é que oriento. Todas as semanas tenho reuniões com eles, automaticamente tenho também com o professor, reunimos e discutimos e temos estado sempre em consonância um com o outro. • Quando é no fim a avaliação, a avaliação é feita por mim e pelo professor da escola, (...) e reunimos com alunos.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none"> • Nós quando tomamos contacto com o E.C. é já numa fase em que nos é apresentado o documento feito pela escola, enfim que é discutido na altura, antes do estágio se iniciar, umas semanas antes, em que nós damos a nossa opinião, mas pronto aparece já o documento feito. • No decorrer do estágio há pequenos aspectos que são detectados e que poderiam talvez, se houvesse um planeamento mais partilhado, as coisas pudessem ultrapassar-se mais facilmente. • O decorrer do E.C., desde a integração dos alunos, ao decorrer do próprio estágio, ao longo das semanas e a avaliação, pronto, tem havido sempre participação de parte a parte e colaboração de parte a parte. • O facto de uma pessoa ser ouvida e se a sua opinião contar, de alguma forma, para a avaliação dos alunos é, desde logo, um sintoma que as coisas são feitas desta forma partilhada.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	PAF – Papel dos Actores nas Diversas Fases (planeamento, orientação e avaliação)
Prof. A	<ul style="list-style-type: none"> • A escola traça aqueles objectivos, aquilo que entende que é importante para aquela fase em que o aluno se encontra, depois o resto do planeamento é feito em conjunto, porque nós escola também temos que nos adaptar às situações do hospital, (...) podemos eventualmente adaptar aquilo que tínhamos já planeado. • A orientação, (...) temos alunos em que o professor da escola se encontra oito horas com o aluno e tem o enfermeiro cooperante que está responsável também por esse aluno e em conjunto trabalhamos o aluno. • Trabalhamos em conjunto, temos mais que um aluno por serviço, nós somos poucos, os professores, de modo que na orientação, há sempre aspectos que se discutem em relação às situações clínicas dos doentes e a cooperação aqui é muito grande. • A avaliação é uma situação mais complicada, porque até agora, até à relativamente pouco tempo, nunca houve da parte de um enfermeiro do hospital um assumir completo do que é uma avaliação. • No dia de hoje o enfermeiro já está mais à vontade, porque esses <i>workshops</i> serviram precisamente foi para alertar para aquilo que a escola pretende que seja uma avaliação. • Foram discutidos esses aspectos, se bem que a avaliação final seja a escola a dar, digamos a última palavra.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Nós fazemos o planeamento, depois há uma reunião prévia com os orientadores onde nós colocamos a nossa proposta para o E.C., estamos abertos a outras propostas. • O planeamento estratégico ainda pertence à escola, e tem que ser porque o E.C. é uma disciplina como outra qualquer, tem objectivos próprios, determinados princípios que estão de acordo com o estágio em que eles (alunos) se encontram, (...) o responsáveis desta área terão de definir os objectivos para esse estágio de acordo com aqueles estudos que nós temos, naturalmente, (...) isso não invalida que nós não tenhamos em conta algumas propostas dos enfermeiros do hospital. • Na operacionalização eles têm um papel extremamente activo, de acordo com aquilo que foi planeado connosco e com a nossa colaboração. • A avaliação é feita em conjunto onde nós temos primeiro oportunidade de conversar e analisar os vários aspectos de cada aluno e depois em conjunto com o aluno, que vamos ouvir e até faz uma auto-avaliação, e depois nós também em conjunto damos a nossa avaliação aquele aluno.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	PAF – Papel dos Actores nas Diversas Fases (planeamento, orientação e avaliação)
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Se o professor tem um papel activo no sentido do planeamento, traçar objectivos, definir avaliação, formas de avaliação e tudo isso, (...) o profissional do serviço tem um papel activo, obviamente, no sentido em que vai acompanhar o aluno, dar-lhe a sua experiência pessoal. • Há cooperação só nalguma fase, (...) em termos de planeamento, em geral, e quero sublinhar, a escola naturalmente planeia e em geral, a instituição hospitalar aceita o que nós tínhamos planeado. • O orientador também tem, vai ter um papel activo na avaliação • É feita a avaliação pelos profissionais do serviço, mas logicamente com indicações da respectiva escola
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • A escola faz primeiro um planeamento, como é que o E.C. vai decorrer a todos os níveis, e depois esse planeamento em parte é discutido com a instituição onde vamos efectuar os E.C.. Que é discutido, numa primeira fase com os enfermeiros chefes e depois, numa segunda fase, com os enfermeiros cooperantes ou com os enfermeiros orientadores do local do E.C.. Portanto digamos que há uma predominância da escola, nitidamente há, mas que pretendemos depois, com base naquilo que nós levamos planeado, que eles possam colaborar e dar sugestões e acontece muitas vezes as coisas serem alteradas por sugestões do outro parceiro. • Em termos de orientação e avaliação aquilo que eu desejaria era que fosse digamos que repartido de uma forma equitativa, (...) o enfermeiro da escola (professor) deveria participar em termos de apoio ao enfermeiro do hospital, nomeadamente tudo aquilo que tem a ver com a área pedagógica, na orientação de alunos, todos esses aspectos, e o enfermeiro do hospital deveria cooperar com o enfermeiro da escola em tudo aquilo que tem a ver com a prática, (...) por vezes é isso que acontece. • Já tivemos casos em que o enfermeiro do serviço não participou sequer na avaliação dos alunos, (...) por opção dele.

Entrºs	RTP – Relação Teoria/Prática – As Práticas dos Actores
	PAF – Papel dos Actores nas Diversas Fases (planeamento, orientação e avaliação)
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Nesse planeamento, todo ele ocorre na escola, com as pessoas da escola, não são chamados ninguém do hospital aqui para desenvolver esse planeamento. O planeamento é nosso, muito nosso, muito escola, portanto, as coisas são apresentadas ao hospital decididas. • É decidido os objectivos, é decidido as actividades que os alunos têm que fazer para atingir cada um dos objectivos, é decidido o <i>timing</i> em que ocorre. (...) Depois isto é apresentado de uma forma mais formal em reuniões, é apresentado ao director de enfermagem e é apresentado aos chefes das unidades onde o E.C. vai decorrer. Depois são os chefes que o vão apresentar à restante equipa, nomeadamente ao orientador propriamente do terreno. • Quando chegamos ao E.C., portanto o planeamento já ocorreu, interessa-me agora operacionalizar aquele E.C. com aquela pessoa que é o orientador no terreno. E começo por fazer uma reunião com ele para lhe explicar (...) o guia orientador, (... para que de facto o orientador saiba o que é que nós escola exigimos em termos de aprendizagem dos alunos, e quais é que são as situações que vão de encontro a esses objectivos. • Durante a orientação, (...) nós vamos reflectindo, eu vou vendo, vou percepcionando determinadas situações, vou confrontando tanto o orientador do terreno quanto os alunos, com algumas situações que eu acho que se tornam necessárias reflectir. (...) o meu papel não será demonstrar propriamente que técnica é que é ou como é que se faz determinados cuidados, isso eles vêm com os enfermeiros da prática. O meu papel, (...) é esta necessidade de confrontar diariamente, colocar sobre a mesa estas situações que eu acho que são úteis. • O processo de avaliação é um processo de avaliação contínuo, (...) feito por mim (...) e é feito também pelo enfermeiro do terreno. • Acho que a avaliação dele é essencial para mim, porque é ele que vê de facto a prestação de cuidados. São dez alunos por terreno, eu não consigo, por mais que eu queira, mesmo que estivesse lá as oito horas completas, que nem sempre estou, eu não consigo ver cada aluno a prestar cuidados, não consigo ver em cada aluno as dificuldades. (...) é a melhor pessoa que me pode dar <i>feedback</i> sobre essa mesma prestação.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Operacionalização do Processo de Cooperação – Práticas e Estratégias dos Actores -

Entrºs	CEC – A Comunicação como Estratégia de Cooperação
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Tem havido professores em que se tem conseguido ter uma relação mais frutuosa, em que há grande abertura, em que conseguem-nos explicar muito bem quais são os objectivos, (...) e tenho tido outras experiências menos felizes em que isso não foi tão bem conseguido.• O professor explica muito bem aquilo que pretende para aquele grupo de alunos, mas também está disponível para ouvir o profissional, (...) têm sido mais os casos em que tem havido uma boa comunicação.• (Comunicação como base do processo de cooperação), não passa só pela comunicação entre o profissional e o professor, também passa muito pela comunicação que o professor consegue ter com os alunos em estágio e que nós, profissionais conseguimos ter com os alunos, (...) quando isso não acontece surgem aquelas situações em que a comunicação não se estabelece da forma mais correcta e que acaba por prejudicar o próprio desenvolvimento do estágio.• Eu, como costume fazer, é conseguir ter a documentação referente aquele campo de estágio antes, fazer uma leitura, (...) e depois (...) sentamos e falamos mais longamente sobre as situações, mas todos os dias conseguimos trocar impressões sobre o que é que se está a passar com cada um dos alunos e que tipo de orientação podemos continuar a dar ou que podemos modificar, de facto ali especificamente. Portanto, é das experiências que eu tenho que têm resultado melhor, é quando as coisas funcionam assim.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Eu quando converso com o professor da escola, que tenho ficado sempre com a mesma pessoa, e temos conseguido estabelecer uma comunicação positiva em que nos entendemos perfeitamente, o que é que queremos, o que é que não queremos e daí têm resultado estágios positivos, porque conseguimos estabelecer um diálogo, a qualquer momento, por qualquer coisa que eu detecte que está menos bem, ou por isto ou por aquilo, com qualquer aluno. Eu falo com o professor da escola, discutimos o assunto e temo-los resolvido sempre a todos.• Qualquer falha que eu note entro em contacto com o professor e discutimos a situação e discutimos com o aluno, chamamos sempre o aluno.

Entrºs	CEC – A Comunicação como Estratégia de Cooperação
Enf. C	<ul style="list-style-type: none"> • No meu caso pessoal penso que houve sempre uma comunicação, enfim, franca e aberta. • Uma comunicação bastante aberta, por parte a parte, que permitiu realmente até, enfim, ultrapassar algumas dificuldades que foram surgindo no dia a dia, e penso que é até um factor essencial para que as coisas vão correndo bem e vão correndo cada vez melhor.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none"> • Eu penso que todas as reuniões que são efectuadas, quando nós partimos para a elaboração de um trabalho deste tipo existem sempre conversações antes, combinamos com os enfermeiros do hospital, falamos com os orientadores do hospital, no fundo com as pessoas que vão cooperar com a escola, para se definirem estratégias para a melhor aprendizagem que o aluno possa vir a ter.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Conseguimos sempre resolver essas coisas, através de conversa, falamos sobre o assunto. • É curioso, muitas vezes, até as conversas que nós temos, como aquilo que foi dado, como vamos para o campo, como executamos e temos o cuidado de transmitir isso ao aluno, para o aluno sentir que há organização.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Se não me conhecessem tenho a certeza que se calhar era uma comunicação muito mais fria e talvez, chamemos-lhe mesmo, menos cooperante. • Eu pessoalmente nunca tive grandes problemas porque do ponto de vista meramente pessoal de nos conhecermos pessoalmente.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • A comunicação de uma forma geral, é facilitada, porque há uma boa relação. • Acho que a comunicação, é a pedra base do processo, é uma forte componente do processo, (...) se não houver encontro para podermos conversar sobre todo o processo de orientação e avaliação, (...) para podermos fazer a ponte entre a teoria e a prática tem que passar por um processo de comunicação.
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Ao longo de todo o percurso, há reuniões, se quiseres, de uma forma informal ou há conversas informais estabelecidas com esse orientador. • A comunicação é espontânea (...) nós estamos ali e começamos a conversar. • Tudo aquilo que eu acho que possa não estar a correr muito bem, de uma forma muito informal, sem nenhum tipo de problema, digamos assim, sem nenhum constrangimento, chego ao pé dele e exponho o assunto, os motivos e da mesma forma ele faz comigo. Quando tem dúvidas, quando tem dificuldades, quando as coisas colidem com algum aspecto da organização do serviço, dum forma muito natural ele expõe isso e também a chefe do serviço, sem nenhum problema. • Falamos de facto do percurso, (...) e de uma forma informal isto é feito diariamente.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Operacionalização do Processo de Cooperação – Práticas e Estratégias dos Actores -

Entrºs	PCC – Potencialidades e Constrangimentos da Cooperação	
	POT – Potencialidades	CON - Constrangimentos
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Fico enriquecido cada vez que eu colaboro com um grupo de alunos que vem da escola.• Aproximar a escola e as instituições, neste caso o hospital, portanto a relação entre os professores e os profissionais.• A cooperação entre ambos é portanto em termos de benefícios para os alunos, é superior à soma das partes.	<ul style="list-style-type: none">• É melhor do que não haver protocolo, dantes não tínhamos protocolo nenhum e acho que isso era francamente mau. Agora penso também que este protocolo é muito superficial e que podia ter outros aspectos muito mais desenvolvidos.• É limitado e não estimula a que as pessoas tenham uma preocupação com a orientação dos estágios, para além do que é aquele estágio em concreto, (...) é um esquema corporativo que surge muito mais pontualmente.• Essas reuniões prévias têm um pequeno defeito, é que normalmente quem é convocado para essas reuniões prévias, não são os enfermeiros orientadores, são os enfermeiros chefes, (...) essa informação chega depois ao enfermeiro orientador através da chefia.

Entrºs	PCC – Potencialidades e Constrangimentos da Cooperação	
	POT – Potencialidades	CON - Constrangimentos
Enf. B	<ul style="list-style-type: none"> • O ponto mais forte que eu encontre nisto tudo é de facto a relação que eu como enfermeiro, estabeleci com o professor da escola num entendimento perfeito. • Este modelo é melhor, é assim cada aluno tem um doente, (...) é o método por responsável e ele tem que saber tudo, (...) claro que estou eu por traz e eu é que sou o responsável pelo doente. Não é andar o aluno a saltar, (...) como era dantes. • Eu acho que é importante haver alguém no terreno que eles consideram como referência, (...) e acho que isso é muito positivo para eles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existe uma lacuna grande da parte da escola nesta cooperação porque na minha opinião, a parte escola havia de envolver os enfermeiros, que eles já sabem à partida quais são os enfermeiros de cada equipa que vão ficar com os alunos, e esses enfermeiros serem informados mais antecipadamente, terem conhecimento das características do grupo que vem, terem conhecimento das características de todos os objectivos do estágio. (...) acontece que chegam aqui, mesmo em termos de matérias dadas, por exemplo em relação à medicação, eu não sei o que é que eles já deram e o que é que não deram. • É elevado o número de alunos, (...) há sempre alguém que tem que esperar.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none"> • Eu penso que esta metodologia digamos assim tem toda a razão de ser e penso que tem todas as vantagens em relação, por exemplo à minha experiência antiga. O que acontecia antigamente era, nós éramos colocados nos serviços, muitas vezes não havia qualquer ou havia muito pouca ligação com os enfermeiros, (...) tinha-mos muito pouca orientação. • Neste momento penso que esta metodologia (...) tem todas as condições para dar bons resultados, em primeiro lugar para os alunos, que são os alvos principais dos E.C., mas até para a própria escola, globalmente, porque não para o hospital também. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma lacuna que eu posso referir na primeira fase, (...) penso eu que nós pudesse-mos, nós hospital, pudesse-mos ser chamados um pouco mais a participar.

Entrºs	PCC – Potencialidades e Constrangimentos da Cooperação	
	POT – Potencialidades	CON - Constrangimentos
Prof. A	<ul style="list-style-type: none"> • É um aspecto que está cada vez a melhorar mais porque pelo facto de haver nomeação, são garantias que a escola tem. (...) O hospital vai escolher dentro de determinada equipa, aquele enfermeiro que tem melhores qualidades para acompanhar o professor da escola, na aprendizagem do aluno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Há enfermeiros que têm uma certa relutância em admitir alunos. • Os pontos fracos acontecem quando existem muitos alunos num serviço, (...) nem todos os enfermeiros são cooperantes, os cooperantes muitas vezes só têm dois ou três alunos, ou por vezes nem se encontram no serviço por qualquer motivo. De modo que existem os outros enfermeiros que muitas vezes são deslocados para essas posições (...) e não têm muito essa vontade de ajudar de colaborar. Se bem que colaborem que trabalhem que ajudem, mas não é a colaboração tão eficaz que tem aquele que (...) já é cooperante, já aprendeu mais qualquer coisa, já teve reuniões com o professor da escola, muitas vezes tem uma relação muito mais chegada. • Até o próprio aluno muitas vezes se sente mais desacompanhado.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Há alguns anos atrás era mais complicado. • Permite que haja um intercâmbio muito grande entre nós, escola e hospital. • Um dos pontos fortes é eles voltarem novamente a lembrar o que é a escola. • Há outro ponto forte, que é o estímulo que eles têm, o facto de terem alunos no hospital (...) estimula-os muito mais a trabalhar, a estudar inclusivamente. • O facto de acompanharmos alunos levamos a reflectir. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ele (enfermeiro orientador) deveria fazer parte, na minha opinião de todo o planeamento prévio que nós executamos aqui.

Entrºs	PCC – Potencialidades e Constrangimentos da Cooperação	
	POT – Potencialidades	CON - Constrangimentos
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Ponto forte, poderia ser precisamente a questão da simbiose, de todos ganharmos obviamente e em última instância o aluno. 	<ul style="list-style-type: none"> • O aluno como sente que tem sempre um enfermeiro, que é o enfermeiro orientador, por detrás dele, isto há aqui tipicamente um fenómeno de difusão de responsabilidades.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • Nalguns serviços os alunos, por vezes eram acompanhados pelos enfermeiros que lá estão no serviço, indiscriminadamente, e hoje tinham o enfermeiro A, amanhã tinham o B, no outro dia tinham o C, era perfeitamente indiferente e eles trabalhavam um pouco na forma como o enfermeiro também trabalhava. (...) agora com o protocolo isso não se passa (...) Isso trás todas as vantagens, (...) o facto de o aluno estar permanentemente acompanhado pelo mesmo enfermeiro, faz com que haja um progresso de aprendizagem completamente diferente. • Muitas vezes os próprios alunos se queixam, (...) que o facto de estar com vários enfermeiros dificulta a aprendizagem, porque há diferentes formas de trabalhar. • Da experiência que eu tenho com este modelo sou francamente a favor que ele exista porque realmente acho que em termos de vantagens elas são sobejamente superiores às desvantagens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Há muitas (pessoas) que nem sequer sabem que ele (protocolo) existe.
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximação entre teoria e prática, eu acho que esse é de facto um dos pontos mais fortes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eles não participam no planeamento (...) aqui não há cooperação absolutamente nenhuma.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Repercussões do Processo de Cooperação – Ensino Clínico um Contexto de Cooperação e Desenvolvimento de Saberes -

Entrºs	RAA – Repercussões da Cooperação nas Aprendizagens dos Alunos
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Nota-se perfeitamente e até pelo ambiente que se cria. Começou pelas situações de aprendizagem.• Por outro lado aproxima a realidade que os alunos percebem, havendo cooperação entre o professor e o orientador no hospital, a realidade que o aluno vai perceber é uma realidade muito mais próxima da realidade de facto.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Este método contribui para o desenvolvimento de competências, contribui para que o aluno tenha (...) uma percepção completa do que é um doente, (...) o que é a unidade que o envolve, o que são os colegas com quem trabalha. Penso que assim o tipo de responsabilidade diária por alguém que ele tem de cuidar e que tem que transmitir, e que tem que colaborar com os vários parceiros com quem trabalha, vai alargar a sua capacidade mental, a sua estrutura de pensar, a sua estrutura de observação que é muito importante.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none">• Esta metodologia terá todas as vantagens, (...) não nos esquecendo que estamos a preparar os enfermeiros que enfim, alguns deles porventura, poderão ser os profissionais desta casa e o hospital tem toda a vantagem em que eles saiam cada vez mais bem preparados.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none">• Se não chegarmos a uma conclusão positiva, que o cooperante, quer o professor, o aluno muitas vezes poderá sentir-se abandonado.• Há outro aspecto importante (...) que tem a ver com a presença do professor e do aluno no hospital, muitas vezes há trocas de impressões, (...) vai enriquecer muito a forma de estar do aluno.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none">• Naqueles enfermeiros que são detentores de mais conhecimentos e que têm mais experiência, também dão um contributo muito forte no sentido de esclarecer algumas dúvidas que os alunos têm, no seu dia a dia de prestação de cuidados.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none">• Eu gostava muito mais do modelo anterior, porquê, obrigava, eu volto a dizer, havia a interiorização da responsabilidade.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none">• É um momento de grande reflexão e nós aproveitamos muito estes E.C. precisamente para reflectir em todos os sentidos. Para reflectir não só em termos daquilo que é a teoria e daquilo que é a prática, mas para reflectir sobre aquilo que eles fazem, porque é que fazem.
Prof. E	<ul style="list-style-type: none">• O enfermeiro da prática tem que explicar, não é, porque é que faz assim, (...) à luz de princípios científicos, (...) e desta forma fazer com que os alunos encontrem, nesta reflexão e por esta reflexão, as competências que estão menos desenvolvidas.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Repercussões do Processo de Cooperação – Ensino Clínico um Contexto de Cooperação e Desenvolvimento de Saberes -

Entrºs	RPE – Repercussões no Desenvolvimento de Professores e Enfermeiros
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• Há sempre coisas que se aprendem.• Entre professores e orientadores acontece muita vez, podemos dizer que as trocas de opiniões se tornam enriquecedoras em termos da sua formação.• Obriga (ser orientador) a um trabalho de auto-formação.• Para o meu desenvolvimento pessoal e para o meu desenvolvimento profissional, sem dúvida que é mais um estímulo.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• O facto de estar com alunos, eu gosto, eu sinto da minha parte que estou a aprender.• Nós discutimos problemas, nós discutimos matérias como são dadas na escola, (...) abordamos essas matérias de maneira a serem enriquecedoras para todos, para mim também que estou cá deste lado.
Enf. C	<ul style="list-style-type: none">• Realmente ajuda-nos, muitas vezes, nós depois das situações serem vividas e terem acontecido fazemos uma avaliação, até de alguma forma aprofundada, sobre essas vivências, sobre essas experiências, ajuda-nos realmente muitas vezes, penso eu, ou deveria ajudar-nos a reflectir sobre a nossa própria prática do dia a dia como enfermeiros e, eventualmente, alterarmos coisas que estejam menos bem.• Como são três actores ou grupos de actores, os enfermeiros do hospital, docentes e alunos, obviamente que ajuda qualquer um dos três grupos a melhorar.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none">• Há aspectos que são partilhados entre o enfermeiro cooperante com a escola e que no fundo, se calhar, vai enriquecer muito a forma de estar do aluno e enriquece também o professor. Porque há coisas que o professor, como há bocado referia, há coisas que em termos práticos, hoje em dia o professor se calhar não sabe, porque não está lá, e em termos de actualização, a actualização teórica é diferente de uma actualização prática. Acho que é importante porque quer um quer outro vão aprender ai.• Estou-me a lembrar nomeadamente de serviços onde é utilizado determinado tipo de maquinaria, que existem nos serviços de hoje em dia, cada vez mais, é importante que o professor vá aprender como é que funciona.

Entrºs	RPE – Repercussões no Desenvolvimento de Professores e Enfermeiros
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Aquilo que os enfermeiros dizem é que nós professores da escola, temos tudo muito mais fresquinho, (...) é nós e os alunos, e principalmente os alunos transportarem para o hospital os conhecimentos que eles têm actualizados e que muitas vezes, isso é bom para os enfermeiros porque voltam a relembrar determinado tipo de aspectos. • O facto de nós acompanharmos alunos leva-nos a reflectir sobre aquilo que nós fazemos na escola em termos teóricos, e depois a realidade que nós vamos encontrar, e isso para nós é muito bom, porque quando damos aulas teóricas permite-nos transmitir uma visão mais concreta e mais real daquilo que o aluno vai encontrar, mesmo depois como profissional. • Mais actualizado. • Muitas vezes temos que alterar alguns aspectos e adaptar à realidade em que nós estamos e isso é bom para nós, pois obriga-nos a nós a ver as coisas também um pouco mais além, (...) leva-nos também a ir procurar algumas coisas e a descobrir outras coisas, a ler e a confrontarmo-nos enquanto professor. • Há coisas que nós perdemos, naturalmente perdemos a prática, muitas vezes perdemos alguns aspectos, alguns pormenores relativamente a algumas situações e recorremos a eles (enfermeiros).
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Para os enfermeiros orientadores se calhar em termos teóricos, nesse aspecto também fazem actualização. • Geralmente faz-se reflexão sobre a prática, geralmente o docente e o aluno. • O enfermeiro geralmente não aprende tanto, se calhar como nós, os outros dois, docente e aluno aprendemos.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • É um dos momentos mais importante para fazer reflexão (...) e quais são as modificações que nós podemos fazer em relação à teoria, que nós podemos aplicar na prática. • É importante para nós docentes porque estamos na prática, estamos a adquirir determinados conceitos que já foram ultrapassados, (...) porque as coisas estão permanentemente em mudança, estamos por outro lado a, digamos, a aperfeiçoar-nos em termos da prática, porque não temos uma prática tão diária como tínhamos no hospital. • E por outro lado podemos transmitir, também determinados conceitos aos enfermeiros orientadores do hospital, pronto, e é através de toda esta partilha de experiências que, sem dúvida nenhuma, permite o crescimento em todos os sentidos, de todos os intervenientes.
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Este jogo, este confronto, são imprescindíveis para a aprendizagem de todos nós. • Promovendo esta reflexão, e para mim também se tornam imprescindíveis porque este mundo aqui da escola fecha-nos aqui, e é perante estas seis semanas que nós estamos com a realidade (...) e daí eu trago muitas coisas para a escola, para a teoria, reflexões que eu coloco em sala de aula, que me coloco a mim própria. (...) Que transformo os meus conceitos e a minha forma de estar em aula, quando estou a explicar determinada teoria, porque trouxe de lá coisas novas, (...) que mais não seja uma técnica nova, (...) um medicamento novo.

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

- Repercussões do Processo de Cooperação – Ensino Clínico um Contexto de Cooperação e Desenvolvimento de Saberes -

Entrºs	SMC – Sugestões para Melhoria da Operacionalização da Cooperação
Enf. A	<ul style="list-style-type: none">• As pessoas receberem formação para a orientação.• A Escola de enfermagem poderia desenvolver (...) preocupar-se, não funcional como Núcleo de Formação (departamento do Hospital) mas poderem organizar elas próprias actividades sobre aspectos específicos em que os enfermeiros já profissionais, podem ir à escola frequentar um <i>workshop</i>, um seminário.• E penso que o enfermeiro que é orientador como compensação, quando vai a esse tipo de organizações havia x lugares em que esses orientadores teriam acesso. É claro que essa formação é paga, (...) mas haverem, sei lá, ou pagarem de uma forma mais simbólica ou não pagarem.• Devia ser uma actividade remunerada.• Antes dos alunos virem para qualquer estágio (...) faria sentido ser-lhes feito uma apresentação da instituição, e essa apresentação, ai se calhar havia necessidade de envolver pessoas<sem serem professores da escola, por exemplo o Núcleo de Formação Multidisciplinar.• Pelo menos com duas semanas de antecedência devia existir nos serviços para o orientador, mas também para os outros profissionais terem acesso, aquele plano com os objectivos do estágio.• Para além de ser pedida a nível da preparação a colaboração do orientador.
Enf. B	<ul style="list-style-type: none">• Eu no meu entender era positivo haver reuniões antes (...) eu só sei que vou ter oito alunos.• Eu sou mais adepto de menos alunos por serviço.

Entr^{os}	SMC – Sugestões para Melhoria da Operacionalização da Cooperação
Enf. C	<ul style="list-style-type: none"> • Penso que realmente se houvesse mais alguma participação do hospital no planeamento do próprio E.C. que poderiam ser esbatidos alguns problemas que vão surgindo de vez em quando. • Penso que também depois do estágio terminar, há pouco <i>feedback</i> da escola ou das coisas que correram bem, menos bem e melhor. (...) poderia ser pensado melhor, seria importante que as coisa fossem mais reflectidas, mais analisadas. • Porque não no final haver também uma reunião em que se juntassem todos os serviços, todos os docentes que estiveram em cada serviço e fazer-se uma avaliação global. • Que esta cooperação fosse cada vez mais permanente, (...) e até estender-se a outras actividades que não só os E.C., (...) porque não enfermeiros do hospital cooperarem nalgumas aulas, sobretudo aquelas aulas práticas. • Aproveitar algumas actividades aqui do nosso Núcleo de Formação também, para trazer pessoas da escola, para darem um bocado o testemunho da sua experiência e da forma como estão a trabalhar e de algumas coisas que tenham, que possam trazer de novo aqui para nós.
Prof. A	<ul style="list-style-type: none"> • Maior proximidade entre a escola e o hospital, aumenta-la com colocar os enfermeiros do hospital a aparecerem mais vezes na escola, para se aperceberem também um pouco, do que é o trabalho feito aqui. (...) e o professor da escola ir mais vezes ao hospital.
Prof. B	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão do protocolo, tornando o protocolo mais claro (...) de maneira a que as competências de cada um fiquem muito bem definidas. • Poder ser definido um perfil de orientador para cada tipo de E.C. e de comum acordo com as instituições. • Formação, que eu acho que isso é que é fundamental. Que eu até acho que a escola deveria ser impulsionadora nesse aspecto.
Prof. C	<ul style="list-style-type: none"> • Haver mais uma participação activa dos profissionais do serviço a nível do planeamento.
Prof. D	<ul style="list-style-type: none"> • É importante nós dar-mos os muitos passos que, como seja nomeadamente a integração de todos os intervenientes, que todos percebam qual é a filosofia que está subjacente a este modelo, para cada objectivo, e quais são os benefícios que todos nós podemos tirar deste modelo, deveria passar muito por essa formação. Passa muito por uma informação das pessoas e pelo envolvimento delas no processo (...) quando uma pessoa se sente incluída em determinado projecto, a pessoa dá as coisas com muito mais vontade, participa de uma forma mais activa. • Dar contrapartidas (...) a atribuição de quotas para poder participar na formação, (...) contrapartidas financeiras eu não sou a favor disso.

Entrºs	SMC – Sugestões para Melhoria da Operacionalização da Cooperação
Prof. E	<ul style="list-style-type: none"> • Eu acho que não deveria ser só este enfermeiro a ter esta postura de orientação de alunos, esta relação para mim deveria ser conseguida com todos os enfermeiros do terreno. • Se eles interviessem no planeamento, porque eles são de facto as pessoas que conhecem o serviço, sabem como ele funciona, (...) o chefe e o orientador, os dois, (...) o guia orientador seria feito em conjunto com estas pessoas e de acordo com a realidade que eles vivem. • O processo poderia ser enriquecido se houvesse cooperação no planeamento. • Projectos de investigação que sejam desenvolvidos com eles e que sejam, que cheguemos a conclusões que vêm enriquecer as nossas aulas, a nossa teoria, que nós cheguemos a conclusões que de facto, venham enriquecer este processo e melhora necessariamente a prestação de cuidados, (...) consequentemente a qualidade dos cuidados aumenta, porque os problemas deles necessariamente passam pela prestação de cuidados. • Deixo como sugestão pela aproximação, pelo desenvolvimento de um trabalho, de actividades em conjunto com eles, que sejam da prática deles e que nos interessem a nós também. Que tenham melhoramentos para nós, para a nossa teoria e para o nosso estar aqui com os alunos e para que o processo comece logo numa primeira fase, que é de facto o planeamento.

Anexo VIII – Matrizes de Análise dos Documentos

MATRIZ DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

- Envolvimento das Organizações no Processo de Cooperação -

Documentos	DPC – Directrizes do Processo de Cooperação
D1	<ul style="list-style-type: none">• A formação de Enfermeiros nunca poderá ser desligada da prática, pois só assim se contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados e para uma verdadeira integração teórico-prática.• Impõe-se, neste momento, uma mudança, nomeadamente potenciar as relações entre a Escola e o Hospital, através de uma comunicação aberta e franca de modo a atingir-se um mais dinâmico envolvimento em termos formativos.• O Hospital X proporcionará à Escola Y, os recursos humanos em enfermagem e/ou os serviços/unidades de cuidados como local de E.C..• O Conselho Científico da Escola Y deve no início de cada ano lectivo, apresentar o plano de E.C. a realizar no Hospital X.• O Enfermeiro Director, ouvidos os enfermeiros chefes dos diferentes serviços, deverá indicar anualmente um enfermeiro orientador por serviço, com conhecimentos técnicos e científicos em enfermagem, capacidades pedagógicas, relacionais e de comunicação, com evidência na sua prática profissional, para assumir, conjuntamente com o docente responsável pelo E.C. e os enfermeiros da equipa, a orientação e avaliação dos alunos.• A Escola Y compromete-se a passar comprovação declarativa da colaboração prestada, aos enfermeiros orientadores que colaboraram no desenvolvimento do E.C..
D2	<ul style="list-style-type: none">• O planeamento desta disciplina teve como pressupostos o articulado no protocolo de cooperação, entre Escola/Hospital.
D4	<ul style="list-style-type: none">• O presente relatório surge na sequência do protocolo de cooperação firmado entre a Escola Y e o Hospital X.

MATRIZ DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

- Envolvimento das Organizações no Processo de Cooperação -

Documentos	OFC – Objectivos e Finalidades da Cooperação
D1	<ul style="list-style-type: none">• No mundo de aceleradas mudanças em que vivemos, a enfermagem deve, tal como as outras ciências, empreender esforços no sentido de tornar os profissionais aptos a corresponder às necessidades duma sociedade em permanente mutação.• É celebrado um protocolo (...) tendo por principais finalidades:<ul style="list-style-type: none">• Valorizar o relacionamento entre as duas instituições• Optimizar a relação pedagógica no sentido do desenvolvimento pessoal e técnico tanto dos alunos como dos profissionais• Adequar a teoria à prática, numa perspectiva de mudança• Fomentar a inter-relação de enfermeiros do contexto de trabalho nas escolas e vice-versa, com o objectivo de tornar o ensino menos distante do real e o exercício mais próximo do ideal• Privilegiar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes• Constitui objecto do presente protocolo a concretização do processo de cooperação entre os outorgantes no desenvolvimento de actividades regulares, ao nível da formação, quer dos alunos quer dos enfermeiros.
D4	<ul style="list-style-type: none">• O E.C. (...) teve como finalidade conceptualizar o “Ser Enfermeiro”, através do desenvolvimento de competências e aptidões suportadas pelos conhecimentos facultados durante o período teórico, de forma a prestarem cuidados inter-relacionados (...) ao utente e família.

MATRIZ DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

- Estratégias de Operacionalização do Processo de Cooperação em Ensino Clínico -

Documentos	OPC – Operacionalização do Processo de Cooperação	
	OPP – Operacionalização da Programação/Planeamento	OPO – Operacionalização da Orientação/Acompanhamento
D1	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de cada E.C. a Escola Y, realizará uma reunião com a presença dos enfermeiros envolvidos no E.C.. 	<ul style="list-style-type: none"> • O docente responsável pelo E.C. e o enfermeiro orientador participam nas actividades pedagógicas decorrentes do E.C., quer a sua realização se verifique no Hospital ou na Escola. • No decorrer do E.C. o Hospital X facultará à Escola Y, a utilização de alguns espaços para alunos e docentes.
D2		<ul style="list-style-type: none"> • (...) os alunos serão acompanhados pelos orientadores de formação nomeados pelo Director dos Serviços de Enfermagem do Hospital e pelos docentes desta Escola.
D3		<ul style="list-style-type: none"> • A orientação/accompanhamento do aluno será efectuada (operacionalizada) por um docente da Escola Y juntamente com os enfermeiros orientadores dos respectivos serviços.
D4		<ul style="list-style-type: none"> • Os alunos foram acompanhados/ orientados pelo responsável da formação nomeado pelo Director dos serviços de Enfermagem e pelo Professor. • Levantaram-se algumas dificuldades, (...), estas dificuldades foram sendo superadas no dia a dia, viabilizando a operacionalização do E.C., pela disponibilidade, esforço e envolvimento demonstrados por todos os profissionais envolvidos, pautada por uma constante interação dos diferentes actores.

MATRIZ DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

- Estratégias de Operacionalização do Processo de Cooperação em Ensino Clínico -

Documentos	OPC – Operacionalização do Processo de Cooperação
	OPA – Operacionalização da Avaliação
D1	<ul style="list-style-type: none">• No final de cada E.C. será feita pelos enfermeiros envolvidos uma avaliação global do mesmo, quer no que concerne aos aspectos de organização, quer ao grau de aprendizagem atingido pelo grupo, identificando alguns indicadores a considerar para programações de ensinos clínicos subsequentes.
D2	<ul style="list-style-type: none">• A avaliação é contínua e deve ser discutida entre o aluno e o docente.
D3	<ul style="list-style-type: none">• A avaliação é um processo contínuo, discutido com professores e assistentes da escola e os enfermeiros orientadores.• Como instrumento para o enfermeiro orientador, propõe-se um instrumento de avaliação segundo o modelo instituído na escola.
D4	<ul style="list-style-type: none">• Ao longo do E.C. foi várias vezes realizado, junto dos alunos de uma forma individual ou em grupo os vários aspectos relevantes (...) que ocorreram, tendo por base criar e pedagogizar as experiências vivenciadas pelos alunos.• Foram (...) realizadas entrevistas informais com o enfermeiro responsável da formação na unidade de cuidados, no sentido de perceber o grau de aprendizagem atingido por cada aluno.• No final do E.C. foram feitas duas reuniões formais de avaliação: Uma com os enfermeiros envolvidos e o docente da escola e outra com os alunos, o responsável da formação e o docente da escola. Estas reuniões serviram o propósito de se proceder à avaliação global do E.C.. As conclusões e sugestões emergentes das mesmas deram também elas corpo a este relatório.

MATRIZ DE ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

- Repercussões do Processo de Cooperação -

Documentos	RPC – Repercussões da Cooperação
D4	<ul style="list-style-type: none">• Ao longo do E.C. foi várias vezes realçado, junto dos alunos de uma forma individual ou em grupo os vários aspectos relevantes (...) que ocorreram, tendo por base criar e pedagogizar as experiências vivenciadas pelos alunos.